

UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ

FACULTAD DE MEDICINA

PROYECTO DE TESIS DE GRADO

Previa a la Obtención del Título de:

MEDICO CIRUJANO

TEMA:

**ANÁLISIS DE LAS PRESTACIONES REFERIDAS A OTRAS PROVINCIAS
DE LOS AFILIADOS DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD
SOCIAL DE LA PROVINCIA DE MANABÍ, DURANTE EL PERÍODO DE
JUNIO 2012 – MARZO 2013**

AUTORAS:

**MAIDA ELIZABETH VILELA PATA
GINGER JAHAIRA LEMA GUAMANÍ**

DIRECTOR

DR. MILTON ESPINOZA

MANTA

MANABÍ

ECUADOR

AÑO

2013

CERTIFICADO DIRECTOR DE TESIS

ANÁLISIS DE LAS PRESTACIONES REFERIDAS A OTRAS PROVINCIAS DE LOS AFILIADOS DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA PROVINCIA DE MANABÍ, DURANTE EL PERÍODO DE JUNIO 2012 – MARZO 2013, presentado por la estudiante **MAIDA ELIZABETH VILELA PATA**, con cédula C.I.# 130937715-6 , y **GINGER JAHAIRA LEMA GUAMANÍ**, con cédula C.I.#131158921-0, para optar al grado de Médico General, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

DR. MILTON ESPINOZA

TUTOR / DIRECTOR

DECLARATORIA

El presente trabajo de investigación fue realizado bajo el asesoramiento y supervisión de nuestro director Dr. Milton Espinoza, catedrático de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Por lo tanto declaramos que cada una de las actividades que realizamos para la elaboración de esta tesis fue bajo nuestra responsabilidad, la misma que es totalmente inédita por parte de quien la realizó: **MAIDA ELIZABETH VILELA PATA, GINGER JAHAIRA LEMA GUAMANÍ**

TEMA

**ANÁLISIS DE LAS PRESTACIONES REFERIDAS A OTRAS PROVINCIAS
DE LOS AFILIADOS DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD
SOCIAL DE LA PROVINCIA DE MANABÍ, DURANTE EL PERÍODO DE
JUNIO 2012 – MARZO 2013**

DEDICATORIA

La presente tesis se la dedico a DIOS, por darme la oportunidad de conocer este mundo, y guiarme por los mejores senderos de la vida, por darme una familia maravillosa y permitirme lograr mis más caros anhelos, además por bendecirme con el maravilloso don de ser madre.

A mis padres y hermanos por su apoyo y confianza en todo lo necesario para cumplir mis objetivos como persona y estudiante.

A mi MADRE por hacer de mí una mejor persona con sus sabios consejos y su amor incondicional, por dedicarme su tiempo y atención cuando así lo necesite, sin esperar nada a cambio, hoy puedo decir gracias madre por existir en mi vida.

De manera muy especial a esa partecita de mi vida, que con su inocencia y ternura, con sus risas y llantos y esa confianza inocente depositada en mí, ha sido el empuje y esa fuerza que me ayudo a realizar este sueño , con el amor más profundo de mi vida, te la dedico a ti hijito, JHON LUIGGER.

MAIDA ELIZABETH VILELA PATA

AGRADECIMIENTO

GRACIAS es una hermosa palabra que no debe faltar en el diccionario de nuestra vida, por eso en estas breves líneas quiero reconocer el esfuerzo de todos y cada uno de esos seres valientes que supieron apoyarme con una paciencia inagotable ante cada uno de mis requerimientos, dudas y demás

Gracias a todas y cada una de las personas que participaron en este proyecto, que invirtieron su tiempo y conocimiento para ayudarme a completar este sueño, que sin esperar nada a cambio compartieron, charlas, conocimientos, mucho trabajo y momentos para lograr que este proyecto se cumpla.

Estoy muy orgullosa de haber contado con ellos en la realización de este proyecto, porque durante el tiempo que duro este sueño lograron convertirlo en realidad.

A esa persona que supo apoyarme moralmente cuando me sentía a veces agobiada por los sinsabores de la vida.

Agradezco infinitamente y con todo mi amor a la mujer más especial de mi vida, quien con su apoyo incondicional ha sabido apoyarme en mis aciertos y desaciertos, se alegra con mis triunfos y me acompaña en las dificultades, con amor dedico este triunfo a mi madre Sra. ALICIA PATA

Particularmente deseo agradecer al Dr. Milton Espinoza quien sabiamente supo brindarme su apoyo y conocimientos para hoy en día ver este proyecto culminado. Gracias director.

Agradezco además a la institución que me abrió sus puertas desde que inicie mis estudios superiores y hoy me entrega a la vida como una profesional, ULEAM.

MAIDA ELIZABETH VILELA PATA

DEDICATORIA

*Esta tesis se la dedico a **DIOS** que con su infinito poder me ha dado la sabiduría y dedicación en la realización de este trabajo y poder llegar a la meta propuesta.*

*A mi **PADRE** Modesto lema Taipe (+) que desde el cielo derrama sobre mí muchas bendiciones.*

*A mi **MADRE** Esther Guamaní por ser el pilar fundamental en mi vida brindándome su apoyo incondicional y su cariño infinito para lograr este objetivo.*

*A mi **HERMANO** Arturo Lema (+) que está en el cielo pero en mi corazón su recuerdo, apoyo y sabios consejos los tendré presentes siempre.*

*A mis **HERMANAS Y SOBRINOS (AS)** por apoyarme e incentivar me a culminar mi carrera, por su cariño incondicional a cada una de estas personas que son especiales para mí expreso mi más eterna gratitud.*

JAHAIRA LEMA

AGRADECIMIENTO

Una vez concluido este trabajo de investigación quiero dejar constancia de mi agradecimiento a mi familia y a todas las personas que de una u otra manera colaboraron con el desarrollo del mismo.

A la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí que me abrió sus puertas para realizar mis estudios universitarios y lograr mi más grande sueño.

A cada uno de mis profesores por haber compartido sus conocimientos.

A mi director de tesis Dr. Milton Espinoza por haberme guiado con sus sabios conocimientos para que este trabajo sea todo un éxito.

JAHAIRA LEMA

INDICE GENERAL	PÁGINA
CERTIFICADO	II
DECLARATORIA	III
TEMA	IV
INDICE	IX
RESUMEN	XII
INTRODUCCIÓN	13
1. INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO I	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
1.3 JUSTIFICACIÓN	17
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	19
2.1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	19
OBJETO DE ESTUDIO	19
CAMPO DE ACCIÓN	19
LUGAR	19
TIEMPO	19
2.2. BASE TEÓRICA	20
2.2.1 Gestión de Proyectos con Proveedores Externos	20
2.2.2 Área de Producción	20
2.2.3 Integración de entidades externas que interactúan con el IESS:	22
2.3 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	27
2.3.1. Evolución del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	27
2.3.1.1 Historia	27
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	31
OBJETIVOS.GENERAL Y ESPECÍFICOS	31
OBJETIVO GENERAL	31
OBJETIVO ESPECÍFICOS	31
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	32
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ATENCIÓN DEL IESS (INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL)	32
Usuarios y cobertura	32

Documentos habilitantes para la atención de salud	36
MANUAL DEL PROCESO DE DERIVACIÓN A PRESTADORES EXTERNOS DEL IESS	42
CAPÍTULO III	55
METODOLOGÍA	55
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	55
3.1.1 VARIABLES E HIPÓTESIS: V. INDEPENDIENTE Y V. DEPENDIENTE	55
3.1.2 OPERACIONALIZACION	55
3.2. ÁREA DE ESTUDIO	55
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA (CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN)	56
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	56
3.5. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y REPRESENTACIÓN DE DATOS	56
ANÁLISIS Y RECOLECCIÓN DE DATOS Y RESULTADOS	58
CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES	66
PROPUESTA DE PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES PARA SER ATENDIDOS EN UN SERVICIO O UNIDAD DE REFERENCIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	67
3.1.5 CRONOGRAMA	72
3.1.6. PRESUPUESTO	73
BIBLIOGRAFIA	74
CUADRO N. 1 DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DEL ESTUDIO DE DERIVACIONES DEL IESS A OTRAS PROVINCIAS POR SEXO	59
CUADRO N. 2 DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DEL ESTUDIO DE DERIVACIONES DEL IESS A OTRAS PROVINCIAS POR SERVICIO CONSULTADO	60

CUADRO N. 3 DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DEL ESTUDIO DE DERIVACIONES DEL IEES A OTRAS PROVINCIAS POR PRESTACIÓN REALIZADA	61
CUADRO N. 4 DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DEL ESTUDIO DE DERIVACIONES DEL IEES A OTRAS PROVINCIAS POR DESTINO	63
CUADRO N. 5 DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DEL ESTUDIO DE DERIVACIONES DEL IEES A OTRAS PROVINCIAS POR REFERENCIA DE ORIGEN	64
ANEXOS	
ANEXO N. 1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	75
ANEXO N. 2 UNIVERSIDAD FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE ANEXO N. 3 DATOS DE ESTUDIO DE DERIVACIONES DEL IEES	76
ANEXO N. 4 CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL	78
De acuerdo a la fórmula de MUNCH Y ANGELES ANEXO	
ANEXO N. 5 ORGANIGRAMA DEL IEES	79
ANEXOS FOTOS	
FOTO N.1 Área de estadística del Hospital del IEES de Portoviejo – Manabí	80
FOTO N. 2 Transportando un paciente desde el Hospital del IEES de Portoviejo – Manabí, hacia SSGI Guayas	80
FOTO N. 3 Dr. Milton Espinoza realizando observaciones a la tesista sobre el proceso de derivación del Hospital del IEES de Portoviejo – Manabí	80
FOTO N. 4 Autoras de la tesis observando en físico los componentes del proceso de derivación del Hospital del IEES de Portoviejo – Manabí	81
FOTO N. 5 Pacientes del proceso de derivación del Hospital del IEES de Portoviejo – Manabí	81

RESUMEN

En su concepción, los servicios básicos de salud, contemplan una prestación de servicios fundamentada en análisis de los problemas de salud de la población, en su contexto biológico, económico y social, y en la formulación de soluciones eficientes y eficaces, con enfoque epidemiológico integral y participación comunitaria activa y deliberante.

Ante situación se presenta e siguiente problema: ¿Cuáles son las principales derivaciones que se efectúan a los pacientes afiliados del IESS a buscar solución de sus problemas de salud a otras provincias durante el período de Junio 2012 a Marzo del 2013?

El objetivo general del estudio fue Determinar el Total de derivaciones del IESS para prestaciones de servicios del área de salud a otras provincias en el período del mes de Junio 2012 a Marzo 2013.

Luego de realizada la investigación se obtuvieron los siguientes resultados: Se evidenciaron 2635 casos de derivaciones del IESS para prestaciones de servicios médicos a otras provincias en el período de Junio 2012 a Marzo del 2013, El sexo más frecuente fue el femenino con 1380 casos (52,4%). El Examen con mayor frecuencia consultado fue el de **varios** con 1296 (49,2%), en los que se encuentran consultas a pediatría, oftalmología, otorrinolaringología, otros procedimientos diagnósticos como exámenes especiales hematológicos, pruebas genéticas, pruebas correlacionadas con lesiones pulmonares (fibrosis quística TEST DE SUDOR) entre las más frecuentes. Las prestaciones más frecuentes son: Tomografía 300 (11,3%), Resonancia Magnética Cerebro 318 (2,0%), Resonancia Magnética Traumatológica 292 (11%). La mayor frecuencia de destino fue (SSIFG) Seguro de salud individual y familiar del Guayas con el 100%. Los orígenes de las derivaciones del IESS fueron: 1932 (72,8%) derivaron de Portoviejo, seguido de Manta 589 (22,2%), Chone 132(5%).

PALABRAS CLAVES: DERIVACIONES, PRESTACIONES EXTERNAS, DERIVACIÓN DEL IESS

ABSTRACT

In its conception, the basic health services, provide service delivery based on analysis of the health problems of the population, in its biological context, economic and social, and in developing efficient and effective solutions, with epidemiological approach comprehensive and active community participation and deliberative.

Faced situation occurs and following problem: What are the main leads that are made to patients affiliates IESS to find solution to their health problems to other provinces during the period June 2012 to March 2013?. The overall objective of the study was to determine the total referrals IESS for services in the health area to other provinces in the period of June 2012 to March 2013.

After completion of the investigation yielded the following results: We showed 2635 cases of referrals IESS for claims of medical services to other provinces in the period from June 2012 to March 2013, sex was the most frequent female with 1380 cases (52, 4%). The test most frequently consulted was several with 1296 (49.2%), which are queries pediatrics, ophthalmology, otolaryngology, other diagnostic procedures and special tests hematological, genetic testing, tests correlated with lung injury (fibrosis cystic sweat test) among the most frequent. The benefits frequently are: CT 300 (11.3%), MRI Brain 318 (2.0%), Magnetic Resonance Trauma 292 (11%). Most often target was (SSIFG) Individual health insurance and family Guayas with 100%. The origins of referrals IESS were: 1932 (72.8%) derived from Portmore, followed by Manta 589 (22.2%), Chone 132 (5%).

KEYWORDS: LEADS, OUTSIDE SERVICES, REFERRAL IESS

1. INTRODUCCIÓN

En su concepción, los servicios básicos de salud, contemplan una prestación de servicios fundamentada en análisis de los problemas de salud de la población, en su contexto biológico, económico y social, y en la formulación de soluciones eficientes y eficaces, con enfoque epidemiológico integral y participación comunitaria activa y deliberante.

Se debe resaltar el valioso ejemplo de referencias interinstitucionales bidireccionales entre las principales entidades de salud del Ecuador, entre las más relevantes se encuentran las muestras de citología, biopsias y casos oncológicos que son enviadas desde las unidades del ministerio de salud pública a centros especializados tales como los laboratorios de SOLCA.

Este trabajo cooperativo constituye un ejemplo en las circunstancias actuales, cuando se debate la conformación de un Sistema Nacional de Salud, sin opciones claras de articulación entre las diversas instituciones que operan de manera fragmentada en el sector

En otro ámbito de las prestaciones de salud en el País, la atención a la salud es un proceso dinámico que debe ser tratado con oportunidad, calidad y calidez, de manera que se ofrezca a los ciudadanos y ciudadanas los recursos técnicos, humanos y financieros para garantizar que esa atención sea integral, oportuna, científica, y equitativa.

Cumpliendo lo dispuesto en la Constitución y con la rectoría del Ministerio de Salud Pública, los delegados de las instituciones integrantes de la Red Pública Integral de Salud, han considerado necesario unificar los criterios entorno a procedimientos y requisitos para la atención de sus usuarios en las unidades de salud de la red pública y de la red privada {complementaria} con la finalidad de garantizar un trámite administrativo ágil y eficiente que permita el acceso oportuno y equitativo de los usuarios a los diferentes servicios, sin importar a que

subsistema pertenezcan y sin pago de ningún tipo en el lugar donde reciban la atención de salud.

Esta explosión en la demanda ha tratado de ser subsanada con la suscripción de nuevos convenios entre el IESS y prestadores de salud privados, así como con el mejoramiento y construcción de unidades médicas. Pero la demanda aún sobrepasa la oferta.¹

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social ha realizado convenios con diferentes instituciones públicas y privadas con el objetivo de aumentar su capacidad resolutive ante la demanda presentada por la cantidad de afiliados que exigen, entre otras exámenes especializados, atención médica de infraestructura tal como diálisis.

Los convenios del IESS con los prestadores externos representaron durante el año 2010 fue de 187'299.938 dólares.

Con estos antecedentes nuestra investigación pretende analizar la capacidad de prestaciones realizadas durante el período de Junio 2012 a Marzo 2013 en la provincia de Manabí, a fin de determinar cuáles son las principales patologías derivadas al igual que las necesidades presentadas por los profesionales en materia de exámenes especializados solicitados, de tal manera de formar un perfil epidemiológico estructural-funcional y administrativo para que sirva de soporte en la construcción de medidas que ayuden a la no derivación de este grupo humano a otras unidades de salud.

¹ QUIZHPE. A.M. 2011. Valoración del proceso de prestación externa de La subdirección de salud I.E.S.S. de Quito, provincia Pichincha. pág.22

CAPÍTULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La capacidad resolutoria de muchas unidades de salud, se ve rebasada en oferta en muchos momentos, y es justamente en estos casos cuando el profesional de salud se ve en la obligación de derivar el caso clínico del paciente a otra unidad de mayor complejidad y que en la mayoría de los casos los mismo se derivan por la ausencia o déficit de elementos diagnósticos que lo constituyen pruebas de laboratorio imagenológico, clínico, o de mano de obra por así llamarlo como lo es la intervención de alta especialidad como neurocirujanos, oncólogos o cirujanos cardiovasculares, entre otras muchas subespecialidades que pudieran ser nombradas y que en nuestra provincia de Manabí carecemos.

Dentro del marco del problema se hace referencia a lo que expresa: “La Ley de Seguridad Social establece que la Dirección General ejerce la representación legal del IESS, administra el Instituto en concordancia con las disposiciones y políticas aprobadas por el Consejo Directivo, cumpliendo la misión fundamental del IESS: “proteger la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte...”

Considerando que de por medio se encuentra lo más valioso del afiliado, su salud, es necesario identificar de manera oportuna cuáles son las dificultades por las que se atraviesa en la provincia de Manabí, para que se continúe derivando al afiliado a otras provincias en busca de la solución a sus problemas de salud.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las principales derivaciones que se efectúan a los pacientes afiliados del IESS a buscar solución de sus problemas de salud a otras provincias durante el período de Junio 2012 a Marzo del 2013?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El I.E.S.S. (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social del Ecuador) es una entidad pública descentralizada, creada por la Constitución Política de la República, dotada de autonomía normativa, técnica, administrativa, financiera y presupuestaria, con personería jurídica y patrimonio propio; que tiene por objeto indelegable la prestación del Seguro General Obligatorio en todo el territorio nacional, siendo la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar el órgano ejecutivo encargado de otorgar los servicios de salud a los afiliados y jubilados, a través de la compra de estos servicios a las unidades médicas del IESS y otros prestadores públicos y privados debidamente acreditados.

Desde el año 2008 período del Presidente Rafael Correa Delgado, y a través de su delegado al Consejo Superior del IESS, el Dr. Ramiro González, se dinamizó la atención al afiliado, siendo el aumento en los últimos años de la participación del mismo paso de cerca de los 500.000 afiliados a nivel nacional a **2,413,164** aproximadamente en el año 2011, pues en este aumento se integraron las empleadas domésticas, los pequeños artesanos y comerciantes; lo cual ha provocado un aumento notable del volumen de asegurados y de las prestaciones sobre de especialidades médicas; que a pesar de los esfuerzos de las autoridades y de la construcción de nuevas instalaciones, se ha tornado difícil ofrecer una atención eficiente a todos los asegurados.

De acuerdo a este enfoque los beneficios que se obtienen con la realización de este estudio son:

Beneficio para la Comunidad: ya que se podrá ayudar de manera directa a los afiliados y sus familiares a no viajar a otras provincias en busca de soluciones para su salud, sino que se evitará este inconveniente, identificando las falencias aplicando soluciones.

Beneficio al Hospital: proporcionando nuevos equipamientos, infraestructura, material de laboratorio, talento humano y un sinnúmero más de elementos.

Beneficio en relación a su Importancia.- se podrá conseguir un aumento significativo del número de afiliados ya que los asegurados verán concretarse sus aspiraciones de salud dentro de la provincia, no abandonando su lugar de origen.

Beneficio de acuerdo al Propósito.- contribuir con al identificación oportuna de cuáles son las debilidades más significativas que están generando que los afiliados consulten en la actualidad nuestros servicios.

Beneficio en base a los resultados que se espera.- se espera disminuir el traslado de los afiliados a otras provincias en busca de soluciones para con su salud.

Beneficio de carácter Personal.- aportará los lineamientos generales de factores que hacen que el afiliado consulte a otras provincias, proporcionando al nivel gerencial del IESS, las bases para poder solicitar un incremento de aquella necesidad evidente, que podría estar desde infraestructura hasta talento humano.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

OBJETO DE ESTUDIO

Determinar el Total de derivaciones del IESS para prestaciones de servicios del área de salud a otras provincias en el período del mes de Junio 2012 a Marzo 2013

CAMPO DE ACCIÓN

Departamento de provincial del seguro de salud individual y familiar-Manabí

LUGAR

Instalaciones del Seguro Social de Portoviejo Manabí, calle Chile y Pedro Gual.

TIEMPO

Junio 2012 a Marzo 2013

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1 Gestión de Proyectos con Proveedores Externos

La Dirección de Desarrollo Institucional gestiona conjuntamente con proveedores externos proyectos de automatización de procesos que son requeridos por las unidades de negocio y la Institución; a continuación consta el detalle de los proyectos:

- _ Sistema de Administración de Bienes Inmuebles.
- _ Automatización de Procesos de Mora Patronal II.
- _ Migración de opciones de empleadores a nuevo sistema.
- _ Modelamiento y afinamiento de procesos de afiliación y recaudación.
- _ Registro-Anexión y Calificación de beneficiarios de afiliados fallecidos para Fondos de Reserva y Cesantías (Fases Desarrollo e Implantación TCS).
- _ Sistema Piloto de Administración de Catálogos y Políticas Corporativas.
- _ Definición de Herramientas Automatización de Procesos de Extensión de Cobertura de Salud para dependientes de afiliados y pensionistas.
- _ Subsidios Monetarios y Calificación del Derecho.
- _ Rediseño del Portal Web del IESS.
- _ Modelamiento de Procesos de Pensiones.
- _ Auditoria Médica a Proveedores de Salud por servicios ofrecidos a asegurados del IESS.

Implementación de una solución para la gestión de productos, proyectos y portafolios de desarrollo de software y actualización de la plataforma IBM Rational existente.

- _ Implementación de Firma Electrónica.
- _ Implementación de Sistema de Gestión Documental.

2.2.2 Área de Producción

La infraestructura de hardware adquirida por la Institución actualmente se encuentra operando en ambientes de producción, lo que ha permitido repotenciar la capa de base de datos y de aplicaciones existentes para reforzar la atención de

los requerimientos de los aplicativos informáticos a través de los cuales el IESS otorga prestaciones y brinda servicios, así como también se está estabilizando los servicios hasta migrar las aplicaciones a la nueva arquitectura.

Se han creado granjas de servidores para mejorar el rendimiento de las aplicaciones a nivel de internet y así contar con ambientes de alta disponibilidad, balanceo de carga y seguridad. A continuación se presenta un detalle de los proyectos más relevantes en cuanto a infraestructura tecnológica:

- Proyectos de mantenimiento y nuevas soluciones tecnológicas del área de producción.

Durante el año 2011, se han ejecutado diversos proyectos de mantenimiento de toda la infraestructura de tecnología soportada por la DDI, con lo cual se ha permitido minimizar el impacto en la prestación de servicios ante incidencias o problemas presentados, de igual forma se tienen actividades de trabajo preventivos con la finalidad de evitar futuros problemas, el principal beneficio radica en la disponibilidad de cambio de repuestos e inclusive el equipo en su totalidad en caso de ser necesario bajo un Acuerdo de Nivel de Servicio, el cual garantiza al IESS la operatividad de su infraestructura de tecnología.

A continuación se presenta, de manera gráfica, un resumen del número de proyectos ejecutados:

Accesos a servicios en línea

En el transcurso del año 2011 los accesos a los servicios en línea que IESS tiene publicado en la página web tuvo se incrementaron considerablemente por la ampliación de la cobertura de la Seguridad Social.

A continuación se presenta un resumen de los promedios de capacidad de canal de Internet por mes sobre el cual se publican los servicios del IESS hacia los afiliados y empleadores:

Como se puede evidenciar, la demanda de acceso se mantiene con un pico de 120 Mbps y tiene una fluctuación o variación de aproximadamente un 7 % en el consumo mensual, esta variación se da principalmente por los períodos de no

recaudación donde la capacidad de canal disminuye, referente a Diciembre es un mes con menos acceso, debido a las fechas festivas del mes que hacen que los accesos disminuyan, pero durante los días de recaudación se mantiene con accesos elevados.

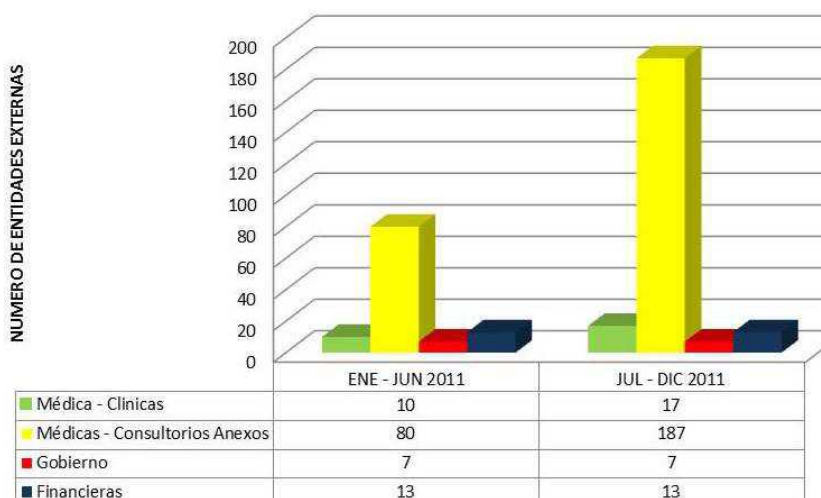
2.2.3 Integración de entidades externas que interactúan con el IESS:

Por el hecho de tener entidades externas a la Institución, la DDI creó un ambiente de seguridad controlado para dar acceso a las mencionadas entidades. Así como se integro a nuevas prestadoras de salud y consultorios médicos anexos al sistema médico del IESS con lo cual se garantiza que la Historia Clínica del Afiliado va a estar actualizada, independientemente de la unidad médica en que se haga atender; estos acceso se los realiza de forma segura, precautelando los datos de los Afiliados.

Se han mantenido la integración con bancos privados para el proceso de recaudación eficiente acorde a las necesidades Institucionales, de igual forma se tiene creado un ambiente de seguridad controlado para integrarnos con las mencionadas entidades.

A continuación se presenta una gráfica de comparación de entidades enlazadas en el segundo semestre respecto al primero

ENTIDADES ENLAZADAS CON EL IESS



Fuente: (Informe de Gestión 2011\ (Reestructurado)\ 1) IESS

Analizando esta gráfica es importante puntualizar dos temas: el primero radica en que se han añadido siete Clínicas/Hospitales al sistema médico del IESS, esto quiere decir que dentro de estas se encuentran varios médicos especialistas trabajando de manera concurrente y atendiendo a los Afiliados; por otro lado, se han incluido consultorios médicos particulares.

Actualmente se tienen en el IESS a nivel nacional son: _ DG “Dirección General”

_ SP “Seguro de Pensiones”

_ SSC “Seguro Social Campesino”

_ SSIF “Seguro de Salud Individual y Familiar”

_ SGRT “Seguro General de Riesgos del Trabajo”

El alcance contempla la implementación de ERP y una herramienta de gestión de presupuestos que maneje la Administración Financiera incluido el control de presupuestos, con los siguientes módulos:

_ “Compras” (Órdenes de compra)

_ “Contabilidad General”

_ “Cuentas por Pagar”

_ “Control de Compromisos”

_ “Bancos” (Tesorería)

_ “Administración de Presupuestos”

Además existirá una interacción con los sistemas que manejan Historia Laboral para la obtención

de información financiera efectiva.

· Sistema de Gestión Hospitalaria y Aseguradora

La DDI apoyó fuertemente en el proceso para el nuevo sistema de Gestión Médica trabajando de forma conjunta con el SGSIF, en la definición de las especificaciones técnicas del sistema. De igual forma mantuvo reuniones con el MSP y subsecretaría de informática de la Presidencia de la República para definir temas importantes a ser considerados en los requerimientos del sistema para que pueda servir a nivel país.

La DDI (Dirección de desarrollo Institucional) definió las siguientes especificaciones técnicas acorde a la infraestructura tecnológica que posee el IESS

y los intereses de la institución acorde a la adaptabilidad, certificación de desarrollo de software, código fuente, diseño funcional, personalización, arquitectura, base de datos, seguridades, facilidades de uso, acceso externo, interfaces con otros sistemas, características generales (estándares de mejores prácticas de la industria, workflow, explotación de la información).²

Adicionalmente el sistema, el cual trabajará con tecnología de punta, posee las siguientes características de gestión médica, financiera y de aseguramiento:

A) Gestión Médica

- Consulta externa
- Emergencia.
- Observación.
- Hospitalización.
- Historia Clínica Electrónica y prescripciones.
- Gestión de Enfermería.
- Nutrición / Dietética.
- Gestión de Agendamiento (Citas médicas).
- Centro Quirúrgico.
- Centro Obstétrico.
- Administración de Solicitud de materiales & medicamentos.
- Gestión del suministro de medicamentos.
- Diagnósticos.
- Laboratorio.
- Imagenología - Radiología.
- PACs.
- Tele radiología.
- Fisioterapia.
- Odontología.
- Visitas Domiciliarias.
- Inmunizaciones.

² INSTRUCTIVO 001-2012 . Para la viabilidad de la atención en salud en unidades de la red pública integral de salud y en la red privada (complementaria) de prestadores de servicios de salud

- Promoción de Salud (Fomento y Protección)
- Referencia y Contrarreferencia.
- Prevención y Monitoreo de muestras de enfermedades.
- Vigilancia Epidemiológica de las infecciones nosocomiales.
- Vigilancia Epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria.
- Sistema de Atención Primaria.

B) Administrativo Financiero

- Administración Financiera.
- Gestión del talento Humano.
- Gestión de existencias, Administración de inventarios y compras.
- Gestión de convenios con aseguradoras y compañías.

C) Gestión Aseguradora

- Gestión de aseguradora.
- Implementación de mecanismos de seguridad

La Dirección de Desarrollo Institucional ha implementado en los sistemas de información del IESS durante el año 2011 los siguientes mecanismos de seguridad:

Autenticación y autorización basada en JASS (Java Authentication and Authorization Service)

Acceso seguro al servidor de afiliaciones con protocolo HTTPS con certificados digitales mediante SSL.

Control de accesos a los sistemas de Servicios Generales e impresión de claves mediante horario.

Control de reimpresión de claves.

A más de lo señalado la Institución se encuentra en un proceso continuo de modernización de sus procesos, y especialmente en aquellos procesos que tienen que ver con la seguridad de las operaciones que realizan los afiliados, como entrega de valores económicos y entrega de información confidencial de los afiliados y jubilados.

Uno de estos procesos es la entrega de las claves a los afiliados y jubilados del IESS, toda esta seguridad es necesaria para evitar que exista clonación de documentos y cobros fraudulentos de préstamos o beneficios, así como también implementar mecanismos que nos permitan controlar el acceso a nuestro Portal Web.

Por otro lado el Consejo Directivo del IESS se encuentra empeñado en la incorporación de herramientas y tecnología de vanguardia que permitan mejorar la calidad en la prestación de servicios, incrementar los niveles de control de las prestaciones que efectúa la Institución e integrar más efectivamente a los ecuatorianos en la cobertura de la seguridad social.

Para poder estructurar una solución que permita tener un gran marco de cobertura de seguridades para el IESS se han definidos dos aspectos importantes:

1. Modificación al proceso de entrega de claves personales a los asegurados del IESS, por medio de procesos biométricos de control de acceso.
2. Utilización de diferentes mecanismos de seguridades para los usuarios de la Página Web, así como para los funcionarios del Instituto.

Para implementar y llegar a todos los usuarios del IESS, se ha definido realizar las siguientes actividades:

Implementar una solución para instalar, configurar e implementar mecanismos de Seguridades de TI, para todos los usuarios del IESS a nivel del Portal Web y para el Intranet.

Implementar un proceso de entrega de claves personales a los asegurados del IESS, por medio de procesos biométricos como la huella digital y fotografía.

Implementar un mecanismo biométrico que permita validar el acceso a los funcionarios del IESS a los aplicativos, así como a los asegurados del IESS, en la magnitud determinada por el IESS.

2.3 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

2.3.1. Evolución del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es una entidad, cuya organización y funcionamiento se fundamenta en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia. Se encarga de aplicar el Sistema del Seguro General Obligatorio que forma parte del sistema nacional de Seguridad Social

2.3.1.1 Historia

Año 1928: Caja de Pensiones

Decreto Ejecutivo N° 018 publicado en el Registro Oficial N° 591 del 13 de marzo de 1928. El gobierno del doctor Isidro Ayora Cueva, mediante Decreto N° 018, del 8 de marzo de 1928, creó la Caja de Jubilaciones y Montepío Civil, Retiro y Montepío Militares, Ahorro y Cooperativa, institución de crédito con personería jurídica, organizada que de conformidad con la Ley se denominó Caja de Pensiones. La Ley consagró a la Caja de Pensiones como entidad aseguradora con patrimonio propio, diferenciado de los bienes del Estado, con aplicación en el sector laboral público y privado.

Su objetivo fue conceder a los empleados públicos, civiles y militares, los beneficios de Jubilación, Montepío Civil y Fondo Mortuorio. En octubre de 1928, estos beneficios se extendieron a los empleados bancarios.

Año 1935: Instituto Nacional de Previsión

En octubre de 1935 mediante Decreto Supremo No. 12 se dictó la Ley del Seguro Social Obligatorio y se crea el Instituto Nacional de Previsión , órgano superior del Seguro Social que comenzó a desarrollar sus actividades el 1º de mayo de 1936. Su finalidad fue establecer la práctica del Seguro Social Obligatorio, fomentar el Seguro Voluntario y ejercer el Patronato del Indio y del Montubio.

En la misma fecha inició su labor el Servicio Médico del Seguro Social como una sección del Instituto.

Año 1937: Caja del Seguro Social

En febrero de 1937 se reformó la Ley del Seguro Social Obligatorio y se incorporó el seguro de enfermedad entre los beneficios para los afiliados. En julio de ese año, se creó el Departamento Médico , por acuerdo del Instituto Nacional de Previsión.

En marzo de ese año, el Ejecutivo aprobó los Estatutos de la Caja del Seguro de Empleados Privados y Obreros, elaborado por el Instituto Nacional de Previsión. Nació así la Caja del Seguro Social, cuyo funcionamiento administrativo comenzó con carácter autónomo desde el 10 de julio de 1937.

Años 1942 A 1963

El 14 de julio de 1942, mediante el Decreto No. 1179, se expidió la Ley del Seguro Social Obligatorio. Los Estatutos de la Caja del Seguro se promulgaron en enero de 1944, con lo cual se afianza el sistema del Seguro Social en el país.

En diciembre de 1949, por resolución del Instituto Nacional de Previsión, se dotó de autonomía al Departamento Médico, pero manteniéndose bajo la dirección del Consejo de Administración de la Caja del Seguro, con financiamiento, contabilidad, inversiones y gastos administrativos propios.

Las reformas a la Ley del Seguro Social Obligatorio de julio de 1958 imprimieron equilibrio financiero a la Caja y la ubicaron en nivel de igualdad con la de Pensiones, en lo referente a cuantías de prestaciones y beneficios.

Año 1.963. - fusión de las cajas: caja nacional del seguro social

En septiembre de 1963, mediante el Decreto Supremo No. 517 se fusionó la Caja de Pensiones con la Caja del Seguro para formar la Caja Nacional del Seguro

Social . Esta Institución y el Departamento Médico quedaron bajo la supervisión del ex -Instituto Nacional de Previsión.

En 1964 se establecieron el Seguro de Riesgos del Trabajo, el Seguro Artesanal, el Seguro de Profesionales, el Seguro de Trabajadores Domésticos y, en 1966, el Seguro del Clero Secular.

En 1968, estudios realizados con la asistencia de técnicos nacionales y extranjeros, determinaron "la inexcusable necesidad de replantear los principios rectores adoptados treinta años atrás en los campos actuariales, administrativo, prestacional y de servicios", lo que se tradujo en la expedición del Código de Seguridad Social , para convertirlo en "instrumento de desarrollo y aplicación del principio de Justicia Social, sustentado en las orientaciones filosóficas universalmente aceptadas en todo régimen de Seguridad Social: el bien común sobre la base de la Solidaridad, la Universalidad y la Obligatoriedad". El Código de Seguridad Social tuvo corta vigencia.

En agosto de 1968, con el asesoramiento de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, se inició un plan piloto del Seguro Social Campesino.

El 29 de junio de 1970 se suprimió el Instituto Nacional de Previsión.

Año 1970: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Mediante Decreto Supremo N° 40 del 25 de julio de 1970 y publicado en el Registro Oficial N° 15 del 10 de julio de 1970 se transformó la Caja Nacional del Seguro Social en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social .

El 20 de noviembre de 1981, por Decreto Legislativo se dictó la Ley de Extensión del Seguro Social Campesino. En 1986 se estableció el Seguro Obligatorio del Trabajador Agrícola, el Seguro Voluntario y el Fondo de Seguridad Social Marginal a favor de la población con ingresos inferiores al salario mínimo vital.

El Congreso Nacional, en 1987, integró el Consejo Superior en forma tripartita y paritaria, con representación del Ejecutivo, empleadores y asegurados; estableció la obligación de que consten en el Presupuesto General del Estado las partidas correspondientes al pago de las obligaciones del Estado.

En 1991 , el Banco Interamericano de Desarrollo, en un informe especial sobre Seguridad Social, propuso la separación de los seguros de salud y de pensiones y el manejo privado de estos fondos .Los resultados de la Consulta Popular de 1995 negaron la participación del sector privado en el Seguro Social y de cualquier otra institución en la administración de sus recursos.

La Asamblea Nacional, reunida en 1998 para reformar la Constitución Política de la República, consagró la permanencia del IESS como única institución autónoma, responsable de la aplicación del Seguro General Obligatorio.

El IESS, según lo determina la vigente Ley del Seguro Social Obligatorio, se mantiene como entidad autónoma, con personería jurídica, recursos propios y distintos de los del Fisco.

El 30 de noviembre del 2001, en el Registro Oficial N° 465 se publica la LEY DE SEGURIDAD SOCIAL, que contiene 308 artículos, 23 disposiciones transitorias, una disposición especial única, una disposición general.

Visión

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social se encuentra en una etapa de transformación, el plan estratégico que se está aplicando, sustentado en la Ley de Seguridad Social vigente, convertirá a esta institución en una aseguradora moderna, técnica, con personal capacitado que atenderá con eficiencia, oportunidad y amabilidad a toda persona que solicite los servicios y prestaciones que ofrece.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

(ver anexo)

OBJETIVOS.GENERAL Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las frecuencias de derivaciones de las prestaciones médicas hacia otras provincias desde la provincia de Manabí en el período Junio 21012 a Marzo 2013, para implementar medidas correctivas generando bienestar en los afiliados

OBJETIVO ESPECÍFICOS

1. Identificar las características epidemiológicas más relevantes de los afiliados que generan derivaciones de salud a otras provincias (edad, sexo, tipo de filiación, diagnóstico, motivo de derivación, lugar de destino)
2. Correlacionar el diagnóstico del paciente con las necesidades de derivaciones.
3. Desarrollar lineamientos generales para evitar las derivaciones.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ATENCIÓN DEL IESS (INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL)

2. Usuarios y cobertura

Se comprenderá como usuario la persona que pertenezca a:

Instituto Ecuatoriano de seguridad Social:

Afiliados:

Los afiliados [Seguro General Obligatorio. Seguro Social Campesino y Seguro Voluntario}.

Hijos dependientes de afiliados y jubilados hasta la edad de 18 años,

Cónyuge o conviviente con derecho, a quienes se les haya extendido la cobertura:

Pensionistas:

Pensionistas {Jubilados por vejez, por invalidez, por incapacidad permanente total o absoluta de riesgos del trabajo;

Beneficiarios de montepío por orfandad y viudez}.

Hijos dependientes de pensionistas hasta la edad de 18 años, cónyuge wo conviviente con derecho, a quienes se les haya extendido la cobertura.

Derechohabientes: pensionistas de viudez, y pensionistas de orfandad hasta los 18 años.

Los beneficiarios de la Seguridad Social General (IESS), en cualquiera de las condiciones señaladas en los numerales anteriores, tienen una cobertura del 100% del costo de la atención de salud, con las exclusiones que se detallan mas adelante.

Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas:

Los militares en servicio activo,

Los militares en servicio pasivo, ya sea pensionista de retiro, de discapacidad o de invalidez.

Cónyuge o persona que hubiere acreditado judicialmente mantener unión libre, estable y monogámica con el militar asegurado ¡[activo o pasivo), siempre que se encuentre registrado en el ISSFA.

Los hijos del militar asegurado [activo o pasivo] hasta la edad de 25 años, solteros, estudiantes sin dependencia laboral o renta propia,

Los hijos discapacitados en forma total y permanente, sin límite de edad, siempre que hayan sido calificados y registrados bajo esa condición en el ISSFA.

Pensionistas de orfandad y viudedad

Los excombatientes del año 41 y sus viudas.

El aspirante a oficial o tropa, en caso de enfermedad profesional y accidente profesional,

El conscripto, en caso de enfermedad profesional y accidente profesional,

Los padres que dependen económicamente del militar.

Los beneficiarios de la Seguridad Social Militar (ISSFA), en las condiciones señaladas en los numerales del uno (1) al nueve (9), tienen una cobertura del 100% del costo de la atención de salud, con las exclusiones que se detallan mas adelante.

Los beneficiarios señalados en el numeral diez (i 0) que corresponde a padres con dependencia económica del militar asegurado, tienen una cobertura del 50% del costo de la atención de salud, con las exclusiones que se detallan mas adelante.

Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional:

1. El asegurado en servicio activo:

2. El asegurado en servicio pasivo;

3. El aspirante a Oficial y el aspirante a Policía; en caso de enfermedad profesional y accidente profesional,

4. cónyuge o persona que mantiene unión libre, estable y monogomica con el asegurado:

Los hijos menores de edad del asegurado en servicio activo o en servicio pasivo;

Los hijos mayores de edad del asegurado, incapacitados en forma total-permanente:

Padres que dependen del asegurado: y,

Beneficiarios de montepío

Los beneficiarios de la Seguridad Social Policía {ISSPOL}, en las condiciones señaladas en los numerales del uno (1) al ocho (8), tienen una cobertura del 100% del costo de la atención de salud, con las exclusiones que se detallan mas adelante.
v MIES—PPS:

El MSP, será responsable de los usuarios que no gocen de afiliación registrada en el Seguro General Obligatorio, Seguro General voluntario, Seguro Social Campesino,

Seguridad Social de Fuerzas Armadas, Seguridad Social de la Policía Nacional. Seguros privados o empresas de medicina prepagada‘

De los porcentajes o exclusiones de cobertura que los aseguradores públicos no contemplan en sus regímenes de aseguramiento.

El MIES-PPS será responsable de la cobertura de las enfermedades cotrastróticas, conforme lo estipule el Manual Operativo aprobado por la Comisión Operativa Interinstitucional conformada por los de legados de los Ministros Miembros del Consejo

Sectorial de Política de Desarrollo Social: son beneficiarios todas y todos los ecuatorianos y extranjeros residentes en territorio ecuatoriano, incluso de los casos no cubiertos por la seguridad social, seguros privados y empresas de medicina prepagada.

Situaciones especiales de cobertura

Pacientes que pierdan temporalmente el derecho a la seguridad social. Serán atendidos por el MSP o por el MIES—PPS. Dependiendo de su situación de salud.

Una vez que recupere el derecha, la Institución de Seguridad Social sera responsable de la cobertura de salud y asumirá el casta de la atención de salud según la norma vigente.

Procedimientos administrativos para acceso a la atención:

Modalidad de atención:

Procedimiento operativo para atenciones programadas v/a electivas:

Los prestadores de servicios de salud brindarán atención a los pacientes derivados, referidas a contra referidos de otras unidades de la Red Pública o de la Red Privada (complementaria).

La referencia y contra referencia se efectuara utilizando el formulario O53 Referencia y Contra referencia dispuesta por la Autoridad Sanitaria, y que se constituye en el documento legal; el formulario deberá estar firmada por el médico tratante [incluyendo identificación, especialidad y código MSP} y autorizada por el Director de la unidad de salud a por quien haga sus veces; de esta situación deberán estar debidamente informados el paciente y su familia quienes también deben autorizar su traslado, de acuerdo a las normas establecidas.

El procedimiento será igual sea la derivación o referencia y contrarreferencia entre unidades de la Red Pública a de la Red Privada [Complementaria]. Al final del evento el usuario debe regresar a la unidad que lo derivó.

Las derivaciones, referencias y contra referencias se realizaran por situaciones de accesibilidad geográfica, por falta de espacio físico y de equipamiento, infraestructura o personal en las unidades de la red de su pertenencia, cuando sea necesario utilizar una tecnología de mayor nivel, con la finalidad de garantizar la oportunidad de la atención y la disponibilidad de los mejores recursos para la atención de los pacientes.

Procedimiento operativo para las atenciones por emergencia:

Los prestadores de servicios de salud brindaron atención a los pacientes de Instituciones de la Red Pública de Salud, que concurran por emergencia. Los unidades responsables de los pacientes que acudan por emergencia a una unidad de salud diferente a la de su propia red, enviaran la autorización correspondiente que garantice lo aceptación de pago de las atenciones: para tal fin los prestadores deberán informar del ingreso de los pacientes atendidos por emergencia en un

plazo máximo de 3 días laborables, de manera que estas atenciones sean registradas y autorizadas debidamente.

La Institución responsable del paciente deberá enviar la respectiva autorización en un plazo máximo de 24 horas posteriores a la notificación por la unidad donde se atendió al usuario, ya sea por fax, correo electrónico o correo regular.

Procedimiento operativo para exámenes o procedimientos ambulatorios:

Para la derivación en caso de exámenes o procedimientos ambulatorios, se utilizara el formulario de solicitud de examen debidamente validado por el médico tratante y el Jefe del Servicio o su delegado, en concordancia con los protocolos nacionales y o su falta con las guías de práctica clínica de la institución. Si es necesario se enviaran también historia clínica, anexos y otra información técnica médica que facilite el procedimiento y su interpretación.

Documentos habilitantes para la atención de salud

Para las atenciones electivas o programadas:

- a. Formulario 053 debidamente llenado con letra clara, legible, sin utilización de siglas o contracciones y con la firma y sello del profesional médico del caso {incluye identificación, especialidad y código MSP}.
- b. En caso de hijos menores de 18 años, derivados por unidades del IESS, se adjuntará la copia de cédula de identidad vigente del afiliado o pensionista y copia de cédula de identidad vigente del dependiente menor de edad y/o la respectiva partida de nacimiento o certificado de nacido vivo.
- c. Copia de la epicrisis en la que conste firma y sello del médico tratante y del responsable del servicio. El contenido mínimo debe ser: datos generales del paciente, número de la historia clínica, diagnóstico codificado según la CIE-IO, plan de tratamiento, los procedimientos realizados al paciente, así como detalle de los más importantes resultados de laboratorio e imagen de existir.
- d. En caso de derivaciones y referencias de beneficiarios del ISSFA, IESS e ISSPOL las unidades de salud que reciben al paciente reauerirón el oficio de

autorización de la Dirección del Seguro de Salud, o el código de autorización del médico auditor o coordinador de área.

e. En el caso de derivaciones de beneficiarios del MIES-PPS se requerirá la orden de servicio emitida por esa entidad.

Para las atenciones por emergencia

a. No se exigirá documento alguno como requisito para recibir atención a los pacientes que concurran por emergencia.

b. El prestador de servicios informará a la Institución responsable el ingreso del paciente en el plazo máximo de 3 días laborables, para obtener la respectiva autorización

Relacionamiento institucional:

a. Para facilitar los procedimientos para la recepción de los pacientes, cada Institución deberá nombrar responsables del procedimiento y contar con la autorización, responsable que deberá conocer sobre los beneficiarios, cobertura, excepciones y documentos habilitantes que cada Institución tiene.

b. Los responsables deben tener acceso a los medios que les permitan comunicarse con sus similares de las otras Instituciones, de manera que puedan resolver dificultades relacionadas con este proceso administrativo.

c. Los responsables de los prestadores de servicios deberán conocer la oferta disponible de la unidad de salud a la que pertenecen para informar adecuadamente a quienes demanden servicios, evitando que pacientes sean trasladados sin la debida confirmación de la disponibilidad.

d. Los responsables del relacionamiento interinstitucional, serán obligatoriamente, profesionales médicos o de enfermería.

Admisión del Usuario:

a. Se evidenciará que el paciente haya sido enviado con los documentos habilitantes y se dará inmediato ingreso al servicio requerido por la unidad derivadora, siempre y cuando el paciente no necesite valoración inicial.

- b. Se verificará la relación del paciente y ubicar la cuenta según la Institución a la que pertenezca.
- c. Se informara o lo unidad derivadora sobre la admisión, señalando la como en la que está ubicado y de ser posible el médico tratante; para este proceso se utilizara el correo electrónico, el servicio telefónico o de fax
- d. En el caso de que un paciente concurra por emergencia, se admitirá al paciente y se lo atenderá inmediatamente anteponiendo la necesidad médica al procedimiento administrativo: concomitantemente se comunicará al responsable de la institución o lo que pertenece el usuario y se requerirá la documentación de soporte y la autorización respectiva en un plazo máximo de 3 días hábiles, como ya se ha señalado.

Coordinación de pagos y tarifas

Los pagos por las atenciones prestadas a los usuarios, se cancelarán según el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud vigente o lo techo de atención.

El pago de los gastos originados por lo atención de salud que se brinde a los usuarios señalados en este instructivo, se realizara luego de los respectivos procedimientos administrativos de evaluación de los documentos. Auditoria pertinencia médico, tarifas y la liquidación financiero; para tol tin los prestadores enviaron la información paro el cobro de las atenciones brindadas, de lo siguiente manera:

El pago de los servicios prestados por unidades de salud, se realizará contra presentación de las planillas individuales de gastos correspondientes. Legalizados mediante firma por el usuario o su representante, en el que se haga constar:

- a. El número de cédula de ciudadanía y de historia clínico.
- b. El código CIE 10 de la enfermedad,
- c. El código del procedimiento o procedimientos realizados o cada paciente, el valor unitario del procedimiento, la cantidad utilizado y el valor total,
- d. El código de los insumos y suministros utilizados para atender al usuario. el valor unitario, la cantidad utilizada y el valor total.

Las planillas se consolidarán en una factura global mensual por servicio es decir una por atenciones de hospitalización o internamiento, una por atenciones en emergencia y una por las atenciones de consulta externa, la factura deberá cumplir las disposiciones del Servicio de Rentas internas {SRI}.

Para evitar anulación de facturas por débitos justificados o no, la unidad prestadora puede enviar una pre factura que luego se cambiara por la factura definitiva por el valor aceptado por la Institución responsable del paciente.

Las facturas con alteraciones no serán objeto de pago.

La documentación para el pago de las prestaciones, se enviara a las Instituciones responsables de los usuarios {SOATIFONSAL seguros privados y empresas de medicina prepagada, IESS, ISSFA, ISSPOL, MSP, MIES-PPS} dentro de los diez (10) primeros días hábiles del siguiente mes de realizadas las atenciones.

La orden de pago se efectuara en el término de treinta (30) días posterior a la entrega de la documentación completa.

En los casos de pacientes cuyos episodios duren más de treinta días, la presentación del reclamo será con corte mensual, es decir, dentro de los diez no} primeros días hábiles del mes siguiente. Estas atenciones se facturarán individualmente para facilitar los mecanismos de control de las dos partes.

De ser conveniente para las Instituciones. por razones administrativas y de mutuo acuerdo, se podrá aceptar para el pago planillas que correspondan a atenciones subsecuentes pero de diferente tipo de atención y en diferentes tiempos, que corresponden a una misma patología y al mismo paciente, tal el caso de atenciones especializadas de oncología que incluyan diagnóstico, tratamiento quirúrgico.

Quimioterapéutico Y Radioterapéutico

La institución (MSP, IESS, ISSFA, ISSPOL, MIES-PPS, SOAT, FONSAT, seguros privados y empresas de medicina prepagada} que financia el pago de las atenciones de salud, comunicara por escrito a la Unidad de Salud que brindó los servicios del pago realizado y anexará un detalle de la liquidación de las planillas aceptadas y detalle de planillas objetadas.

Se procederá al pago únicamente de los valores reconocidos por auditoría pertinencia médica y control financiero y de derecho de los usuarios.

Serón motivo de observación y débito {no pago} las planillas que registren atenciones que:

- a. No hayan sido autorizadas por la autoridad derivadora.
- b. No tengan justificación técnico médica para su realización v. por tanto no sean necesarias para atender la salud del paciente.
- c. Estén duplicadas o sobrefacturadas.
- d. No correspondan a lo señalado en los protocolos nacionales o a su falta en un protocolo institucional, local o internacional con soporte de medicina basada en evidencia.
- e. correspondan a las excepciones señaladas más adelante.

Los procedimientos con observaciones que generan atenciones no pagados se reexpedirán (devolverán) a la unidad de salud que prestó dichos servicios, adjuntando el respectivo reporte de auditoría médica y la liquidación financiera.

La unidad de salud tiene hasta 30 días hábiles para justificar las observaciones y enviar la documentación de sustento a la Institución derivadora que registró lo justificado y pagara tales atenciones de ser procedente.

Pasado este tiempo. 30 días hábiles, sin recibir los documentos que justifiquen las observaciones técnicas o financieras, se considerará el caso como cerrado y no se aceptará reclamo posterior.

Se aceptará una sola justificación por cada planilla observada, por tanto la unidad prestadora deberá asegurarse de incluir los justificativos de todas las observaciones médicas y financieras pues no se dará trámite a pedidos posteriores de justificaciones.

En caso de procedimientos observados que no fueran justificados y produzcan débitos definitivos, la unidad de salud no podrá requerir por ningún motivo el pago del paciente o familiares de los valores objetados.

En el caso de pacientes que concurren por atenciones de emergencia en las que no hubo inicialmente derivación o referencia, se procederá a facturarlas individualmente para facilitar el control institucional.

Para el planillaje de las atenciones de salud, se considerará la aplicación de un porcentaje de descuento sobre el valor de servicios institucionales (multiplicación del factor de conversión por FC: unidad de valor relativo, según el nivel de atención y complejidad detallado en el siguiente cuadro.

MANUAL DEL PROCESO DE DERIVACIÓN A PRESTADORES EXTERNOS DEL IESS

La **Ley de Seguridad Social**, de su parte señala que:

Artículo 111.- “La dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar es el Órgano ejecutivo encargado del aseguramiento colectivo de los afiliados y jubilados contra las contingencias amparadas en esta Ley. Comprará servicios de salud a las unidades médicas del IESS y otros prestadores, públicos o privados, debidamente acreditados, mediante convenios o contratos, cuyo precio será pagado con cargo al Fondo Presupuestario de Salud, de conformidad con el Reglamento General de esta Ley”.

Art. 108.- LINEAMIENTO DE POLITICA.- “...La entrega de las prestaciones de salud a los afiliados se sujetará al sistema de referencia y contra – referencia y la ejecutarán las unidades médicas del IESS y los demás prestadores acreditados, de conformidad con la reglamentación de la Administradora de este Seguro y a los términos contenidos en el contrato respectivo.”

Artículo 14.- “La compra de servicios de salud a las unidades médicas del IESS y a otros prestadores se hará mediante contrato entre la Administradora del Seguro Social Campesino y la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar” y que,

.1. OBJETIVO GENERAL:

- Garantizar a los asegurados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, servicios de salud oportunos, eficientes, eficaces y adecuados a sus necesidades y requerimientos, con calidad y excelencia.

.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Regular el acceso a los servicios de salud que se otorgan en Prestadores Externos.
- Asegurar el uso adecuado de los servicios de salud en Prestadores Externos.

POLITICAS DEL SERVICIO.-

Las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud Internas y externas (dependiendo del nivel), solicitarán autorización para realizar procedimientos de salud de mayor complejidad cuando su capacidad resolutive no le permita atender oportunamente el requerimiento.

Las Subdirecciones o Departamentos Provinciales de Salud del SGSIF son las instancias facultadas para seleccionar el Prestador Externo de conformidad con el requerimiento y la cartera de servicios de los mismos.

Los exámenes, procedimientos y Hospitalizaciones solicitados deben basarse en Guías de Práctica Clínica. Las solicitudes de derivación serán evaluadas por parte de pertinencia médica en la Subdirección o Departamento Provincial de Salud de cada jurisdicción:

- En los casos de hospitalización, la autorización de las Subdirecciones o Departamentos Provinciales del SGSIF, implica **TRATAMIENTO INTEGRAL**, en consecuencia:
 - Incluye las sesiones de rehabilitación prescritas, como parte del Plan Post operatorio en el caso de pacientes de Traumatología, Neurología y Cirugía Cardíaca.
 - Incluye la entrega de medicinas al alta.
 - En el tratamiento Integral los Prestadores Externos, NO requerirá autorización por cada procedimiento.
 - El Código de Validación sirve para los requerimientos durante la estancia hospitalaria del paciente (apoyos diagnósticos, terapéuticos y evaluaciones médicas).
- En los casos de atención ambulatoria – consulta externa – en Prestadores Externos de I Nivel, la autorización de las Subdirecciones o Departamentos Provinciales del SGSIF, incluye:
 - La entrega de medicinas:

- Eventos agudos, hasta por 30 días.
- Eventos crónicos, hasta por 90 días
 - Exámenes básicos de laboratorio ^a,
 - Imagen convencional ^b,
 - Interconsultas de especialidad ^c,
- Los prestadores externos de I nivel, que atienden derivados por call center a consulta externa, deben solicitar autorización a las subdirecciones o departamentos provinciales del SGSIF, para los procedimientos quirúrgicos que se prescriban en el tratamiento. Las subdirecciones o departamentos provinciales podrá autorizar la ejecución de aquellos procedimientos en el mismo prestador externo, si su capacidad resolutive así lo permite.
- En casos de patología crónica y que haya sido referida al prestador externo, este debe entregar la hoja de contra referencia (HCU-form-053/2008) a los pacientes para su retorno a la unidad que lo retiro o a la que se encuentre adscrito una vez concluida la misma o solucionada la razón de la referencia.
- La atención por Emergencia en Prestadores Externos – contratados por el IESS – será validada en forma inmediata, sin perjuicio, de la facultad que tienen las Subdirecciones o Departamentos Provinciales para comprobar la emergencia.
- En los casos de atención por emergencia en Prestadores Externos no contratados por el IESS, las Subdirecciones o Departamentos Provinciales procurarán el traslado del paciente hacia un Prestador Interno o Externo contratado. Si el traslado no es factible, entonces, se procederá a negociar el costo de la atención con base al Tarifario Institucional vigente.

- En los casos de pacientes que requieren atención post trasplante, el Prestador Externo solicitará autorización. Las Subdirecciones o Departamentos Provinciales del SGSIF podrán autorizar su atención en el mismo prestador y otro de la red externa.

-
- a. *Se enviará al prestador en auxiliar de diagnóstico georeferenciado
 - b. *Se enviará al prestador en auxiliar de diagnóstico georeferenciado
 - c. *De acuerdo a Guías de Práctica, Clínica, Protocolos, MBE, CNMB

- En los casos de pacientes oncológicos se procurará la atención integral en el mismo centro en el que inició su tratamiento. El Prestador Externo solicitará autorización a las Subdirecciones o Departamentos Provinciales del SGSIF.
- En los 15 primeros días del mes de enero y 15 primeros días del mes de julio de cada año, independientemente de la fecha de la primera autorización, los Centros de Diálisis y los Centros Oncológicos, deberán remitir, a la Subdirección o Departamento Provincial del SGSIF, un listado (archivo digital) de los pacientes con cobertura IESS. Al listado deberá **anexarse Epicrisis** (documento físico) de cada paciente, actualizada u debidamente llenada y firmada por el médico que valora al paciente.
- En el caso de pacientes que requieren estancia prolongada, cuidados mínimos o paliativos, el Prestador Externo debe renovar la solicitud de Autorización en las Subdirecciones o Departamentos Provinciales del SGSIF, en los 15 primeros días de los meses de enero, abril, julio, octubre de cada año (trimestralmente) señalando el código de validación inicial, **adjuntando Epicrisis** actualizada a la fecha-
- Se realizará la derivación de pacientes que requieren tratamiento de Hemodiálisis considerando el lugar de domicilio si fuera pensionista, o lugar de trabajo si fuera activo, para lo cual presentará una copia de la planilla de servicios (agua, luz, teléfono) o certificado de lugar de trabajo,

en el caso que el pensionista o derecho habiente solicitare un lugar específico, que se encuentre acreditado y contratado, se anexará la solicitud firmada como constancia de la misma.

- La Derivación de pacientes entre provincias sin coordinación con las Subdirecciones o Departamentos donde el paciente recibirá la atención está prohibida y será exclusiva responsabilidad de la Subdirección o Departamento Provincia del SGSIF que autorizó la referencia.
- La Autorización de las Subdirecciones o Departamentos Provinciales del SGSIF, tendrán validez de treinta días calendario contados desde la fecha de emisión excepto en casos de estancia prolongada.
- La Autorización de las Subdirecciones y Departamentos Provinciales del SGSIF, NO IMPLICA, en ningún caso, exoneración del proceso de evaluación de la pertinencia.

Estas políticas se aplicarán también en los casos de cónyuges o hijos de afiliados menores de 18 años.

RESULTADOD ESPERADOS.-

- Tiempos de espera en la Derivación, disminuidos.
- Estadísticas mensuales de Derivación
- Asegurados satisfechos en el servicio.

Terminología Utilizada

SIGLAS	SIGNIFICADO
PE	Prestador Externo
CVAF	Código de Validación Ambulatoria Física
CVAV	Código de Validación Ambulatoria Virtual
CVH	Código de Validación Hospitalario
CVP	Código de Validación Provincial
CVEC	Código de Validación de Emergencia en prestadores con Convenio
CVENC	Código de Validación de Emergencia en prestadores No Convenio

De Los Códigos de Validación.-

Cada subproceso de Derivación identificará las Autorizaciones, según la siguiente nomenclatura:

SUBPROCESO	CODIGO DE VALIDACION
1. Ambulatoria Física - UMI	PP-CVAF-XXXX-aaaa
2. Ambulatoria Virtual - PE	PP-CVAV-XXXX-aaaa
2. Hospitalaria	PP-CVH-XXXX-aaaa
3. De Provincias	PP-CVP-XXXX-aaaa
4.1. Emergencias Prestadores de Convenio	PP-CVEC-XXXX-aaaa
4.2 Emergencias Prestadores No Convenio	PP-CVENC-XXXX-aaaa

El número inicial corresponde al número de provincia asignado por el INEC, cada inicio de año se reanuda la numeración secuencial, cuidando de identificar en números arábigos e año al que corresponde. Ejemplo:

CODIGO PROVINCIA	SIGLAS DE DERIVACION	CODIGO NUMERICO SECUENCIAL	AÑO DE VALIDACION
17	CVAV	001	2012
17	CVAV	002	2012

DE LOS REQUISITOS PARA LA DERIVACION.-

DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS.-

- Copia de Cédula de Identidad del paciente afiliado al IESS
- En el caso de afiliados al SSC, copia de carné del jefe de familia y del comprobante de pago al día.
- Partida de nacimiento o cédula de identidad, en caso de pacientes pertenecientes al grupo familiar del afiliado al SSC.
- Copia de carné de jubilado, si fuere el caso
- Partida de nacimiento o copia de la cédula de los hijos de afiliados, menores de 18 años.
- Mecanizado de aportes de Historia Laboral.

Documentos Clínicos.-

- Epicrisis de la unidad médica interna del SGSIF
- Referencia del SSC
- Formularios de la HCU definidos por el Ministerio de Salud Pública, según el caso.

✓ Laboratorio de Especiales	HCU-form 010A/2008
✓ Imagen de Especialidad	HCU-form 012A/2008
✓ Hospitalización	HCU-form 053/2008
✓ Procedimientos quirúrgicos	HCU-form 053/2008
✓ Tratamiento de Hemodialis	HCU-form 053/2008
✓ Consulta de Esp. Y procedimientos relacionados	HCU-form 007/2008

Derivación Ambulatoria

Derivación Ambulatoria –Física – UMI – CVAF

El paciente o sus familiares, presentará en las Subdirecciones o Departamentos Provinciales del SGSIF, los documentos administrativos y clínicos que soportan la Derivación.

1. Receptar y revisar la documentación para determinar su validez y el requerimiento.
2. Verificar el derecho en el Sistema Historia Laboral o convalidar el mecanizado de aportes, asentar el sello de Verificación del Derecho.
3. Identificar el tipo de servicio solicitado
4. Consultar la Cartera de servicios de los Prestadores Externos y definir el prestador al que se asignará el examen o procedimiento requerido.
5. Autorizar la Derivación a:
 - ✓ Laboratorio de Especialidad
 - ✓ Imagen de Especialidad
 - ✓ Consultas de Especialidad y procedimientos relacionados

6. Asignar Código de Validación Ambulatoria Física (CVAF)
7. Anexar el impreso con información del PE
8. Registrar la derivación en el formato diseñado para el efecto.

Derivación Ambulatoria - Virtual – PE – CVAV

Los Prestadores Externos brindarán consulta de I Nivel, únicamente a los afiliados que obtuvieron turno a través del Call Center. En ningún caso, se atenderá a afiliados que obtengan turno con Prestadores Externos a través de otros mecanismos distintos del Call Center o subsecuentes, excepto en caso de emergencias.

- Los Prestadores Externos utilizarán los formatos (Historia Clínica Única) diseñados y aprobados por el MSP/CONASA o el Sistema AS 400 institucional.

Si la patología para la cual fue obtenido el turno **NO** amerita referencia a unidades de mayor nivel de complejidad, el médico tratante del Prestador Externo entregara al alta del evento de enfermedad de paciente, en resumen de la atención recibida en el formato de Consulta Externa Form, SNS-MSP/HCU 002 2008.

Si la patología para la cual fe obtenido el turno **SI** amerita referencia a unidades de mayor nivel de complejidad, sea para:

- Interconsulta de especialidad,
- Laboratorio de Especialidad,
- Imagenología de Especialidad, u
- Hospitalización;

El Prestador Externo elaborara la hoja de transferencia de MSP Form SNS-MSP/HCU 053 la Solicitud de examen de laboratorio form SNS-MSP/HCU 012A y/o Solicitud de imagen.

SNS-MSP/HCU 012A / 2008, según sea el caso y será entregada al paciente, esta información debería constar en el sistema As 400.

El prestador externo de I nivel solicitara la subdirección o departamento provincial del SGSIF de su jurisdicción, vía correo electrónico, la autorización respectiva. Esta actividad es de exclusiva responsabilidad del Prestador Externo, en consecuencia, **NO SE REQUIERE**, que el paciente o sus familiares acudan a la Subdirección o Departamento provincial del SGSIF.

Las Subdirecciones o Departamentos Provinciales del SGSIF realizaran lo siguiente:

1. Receptar y analizar la solicitud del PE.
2. Identificar el tipo de servicio solicitado.
3. Consultar la cartera de Servicios de los Prestadores Externos y definir el prestador al que se asignara el procedimiento requerido.
4. Autorizar la referencia y asignar Código de Validación Ambulatoria Virtual (CVAV), y comunicar el PE de origen y el PE referido.
5. Registrar la derivación en el formato diseñado para el efecto.

El Prestador Externo que refiere debe anotar el CVAV en los documentos habilitantes, tomar el turno con el Prestador Externo de mayor complejidad y comunicar al paciente el nombre del Prestador Externo asignado. El PE que refiere el responsable de informar al paciente las condiciones del nuevo turno.

Derivación Hospitalaria – CVH –

Las subdirecciones o departamentos provinciales del SGSIF realizaran lo siguiente:

- Receptar la documentación remitida por los Hospitales Nivel I, II o III del SGSFI y registrar en el sistema de correspondencia.
- Revisar la documentación para determinar su validez y el requerimiento.
- Verificar el derecho en el Sistema Historia Laboral o convalidar el mecanismo de aportes, asentar el sello de Verificación del Derecho

- Identificar el tipo de servicio solicitado.
- Consultar la cartera de Servicios de los Prestadores Externos y definir el prestador al que se asignará el procedimiento.
- Asignar Código de Validación Hospitalaria (CVH), imprimir el oficio;
- Remitir vía electrónica los oficios en formato PDF al prestador asignado.
- Registrar la derivación en el formato diseñado para el efecto.

DE LA PROVINCIA – CVP –

Es un proceso virtual que se desarrolla en la red, para lo cual es necesario habilitar un correo electrónico.

La Dirección Provincial o Departamento Provincial del SGSIF de procedencia, que deriva pacientes a Prestadores Externos ubicados en otra jurisdicción, vía correo electrónico, comunicará diariamente el listado de pacientes.

La Subdirección o Departamentos Provinciales deberán:

1. Conocer el listado e identificar el tipo de servicio solicitado.
2. Consultar la cartera de Servicios de los Prestadores Externos y definir el prestador al que se asignará el procedimiento.
3. Asignar Código de Validación Hospitalaria (CVP).
4. Comunicar el código de validación de Provincial a la Subdirección Provincial o Departamento Provincial del SGSIF de procedencia, en un plazo no mayor a un día laborable.
5. Registrar la Derivación en el formato diseñado para el efecto.

Esta dependencia registrará, con color diferenciado, en los documentos del paciente el código de validación, en la parte superior derecha del oficio.

La unidad de origen que refiere es la responsable de tomar el turno con el Prestador Externo de mayor complejidad y de comunicar al paciente las condiciones de la atención.

DERIVACION DE EMERGENCIA – CVEC / CVENC

(RESOLUCION CD 317)

La emergencia debe ser notificada a la Subdirección o Departamento Provincial de Salud de su jurisdicción, hasta tres días hábiles luego de producida la misma, por el afiliado o sus familiares o por el Prestador Externo que atendió la emergencia.

a. Para la notificación se utilizará el Formulario EMERG-01-2010 “**Notificación de la Emergencia**”, que se anea a este instructivo y que se entregará en las Subdirecciones o Departamentos Provinciales de su jurisdicción. Se anexará los siguientes documentos:

- ✓ Formulario SNS-MSP/HCU-Form 008/2008 de la HCU que entregará el Prestador Externo.
- ✓ Copia de la Cédula de Identidad o pasaporte del asegurado.
- ✓ Copia del carné de jubilación o montepío, en caso de ser pensionista del IESS.
- ✓ En caso de hijos de afiliados, menores de 18 años, partida de nacimiento o copia de cédula.
- ✓ En caso de cónyuges la copia de cédula.

Las Subdirecciones o Departamentos Provinciales deberán:

1. Receptar la Notificación de la Emergencia

2. Verificar el derecho en los Sistemas de Historia Laboral y HOST. Imprimir la consulta para anexar a expediente.
3. Entregar la Fe de Presentación debidamente firmada por la personal que recibe.
4. Orientar a los afiliados sobre los siguientes pasos a seguir y entregar una hoja de Requisitos.
5. Verificar el cumplimiento del plazo de notificación, para determinar:
 - a) **Extemporánea.-** se devuelve al asegurado, con oficio
 - b) **Dentro del plazo.-** Continúa el proceso
6. Tomar, de manera inmediata, contacto con el prestador de salud para establecer las condiciones de:
 - a) **Autorización.-** El Prestador Externo que atendió la emergencia debe comunicar a la Subdirección o Departamento Provincial de su jurisdicción, si el afiliado o beneficiario tiene cobertura de salud de otros seguros – primero se debe aplicar SOAT y/o seguro privado, según el caso, anterior a la aplicación del IESS-, para la coordinación de beneficios; y
 - b) **Pago.-** de conformidad con el tarifario institucional del IESS.
7. Asignar Código de Validación de Emergencia, según sea el caso:
 - a) Prestador Externo de No Convenio.- Código de Validación de Emergencia No Convenio CVENC; o
 - b) Prestador Externo de Convenio.- Código de Validación de Emergencia Convenio CVEC.
8. Comunicar al Prestador Externo, el Código de Validación de Emergencia, vía correo electrónico.

El Prestador Externo deberá imprimir el correo y anexarlo al Reclamo de Pago. En caso de Prestadores Externos de no Convenio, la Subdirección o Departamento Provincial, remitirá en medio magnético el Form-SPP-004-a-

2009 “Informe de Evaluación Médica y Financiera” para su utilización o en su defecto en archivo plano requerido para el SOAM.

9. Registrar la Derivación en el formato diseñado para el efecto.

10. Receptar el Reclamo de Pago por la atención de emergencia que presentará el Prestador Externo en el plazo de ocho (8) días hábiles luego de atendida la emergencia. Al reclamo de Pago el PE anexará la siguiente documentación:
 - a) Copia de la **FE DE PRESENTACION** de la Notificación

 - b) Solicitud de Pago en el formulario elaborado para el efecto (Form-SPP-DOD-2009) o en archivo plano requerido para el SOAM.

 - c) Copia de Cédula de Identidad o pasaporte del asegurado.

 - d) Copia del Permiso de Funcionamiento del Prestador Externo.

 - e) Certificado de la cuenta bancaria y número de la cuenta del Prestador Externo.

 - f) Copia certificada del expediente clínico conferido por la unidad médica donde fue atendido el paciente, que contendrá:
 - Nota de ingreso
 - Formulario de Evolución Diaria
 - Plan de Egreso

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de estudio es descriptivo y el diseño es retrospectivo

3.1.1 VARIABLES E HIPÓTESIS: V. INDEPENDIENTE Y V. DEPENDIENTE

HIPÓTESIS

Más del 50% de derivaciones de las interconsultas generadas en Manabí hacia otras provincias son por diagnósticos imagenológicos o de intervencionismo.

V. INDEPENDIENTE

Derivaciones de las interconsultas

V. DEPENDIENTE

Diagnósticos imagenológicos o de intervencionismo.

3.1.2 OPERACIONALIZACION

Ver anexo N.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO

Departamento provincial de salud individual y familiar de Manabí del IESS

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA (CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN)

Total de derivaciones en viadas del IESS de Manabí a provincias, durante el período Junio 2012 a marzo 2013.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La recolección de información de las derivaciones que ocurren el IESS hacia otras provincias se da a través de un formulario de datos donde se imponen las principales variables, tales como el sexo del afiliado, el motivo de consulta, diagnóstico y el motivo de transferenci-a, así como también el lugar donde fue derivado.

INSTRUMENTOS

Se ha diseñado un instrumento de recolección de datos (ver formulario anexos)

3.5. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y REPRESENTACIÓN DE DATOS

Se analizan los datos en el programa EXCEL, se identifica las frecuencias absolutas y relativas, tablas, gráficos, su análisis y discusión, conclusiones y recomendaciones.

PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La información se obtiene de la base de datos que el IESS mantiene de las transferencias de pacientes hacia otras provincias durante el período referido, y que se accederán desde la matriz regional del IESS.

CRITERIOS MÉDICOS DEL ESTUDIO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Podrán participar todos los pacientes asegurados de IESS derivados mediante oficio del Departamento provincial de salud individual y familiar de Manabí a otras provincias
- Sólo pacientes por procedimientos, diagnósticos o tratamientos enviados por el departamento de SSIF durante el período Junio 2012 a marzo 2013.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- No ingresarán al estudio pacientes referidos en otros períodos que el nombrado (durante el período Junio 2012 a marzo 2013)

RECURSOS

Humanos

Autoridades del Departamento provincial de salud individual y familiar de Manabí del IESS

Director de tesis

Tesistas

Personal del área de control de auditoría del IESS

Equipo de salud en general del Hospital

Técnicos

Computador

Programa en Excel

Proyector de imágenes

Programa informático del IESS

Material

Esferográficos

Papeles

Lápices

Borrador

Presupuesto

El Trabajo es financiado 100% por sus autoras, ver anexo presupuesto.

ANÁLISIS Y RECOLECCIÓN DE DATOS Y RESULTADOS

CUADRO N. 1 DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DEL ESTUDIO DE DERIVACIONES DEL IESS A OTRAS PROVINCIAS POR SEXO

ORDEN	SEXO	#	%
A	MASCULINO	1255	47,6
B	FEMENINO	1380	52,4
TOTAL		2635	100,0

PRESENTACION GRÁFICA PORCENTUAL



Fuente: Departamento de provincial del seguro de salud individual y familiar-Manabí
Elaborado por: Autoras Manta-Manabí-Ecuador.

ANÁLISIS

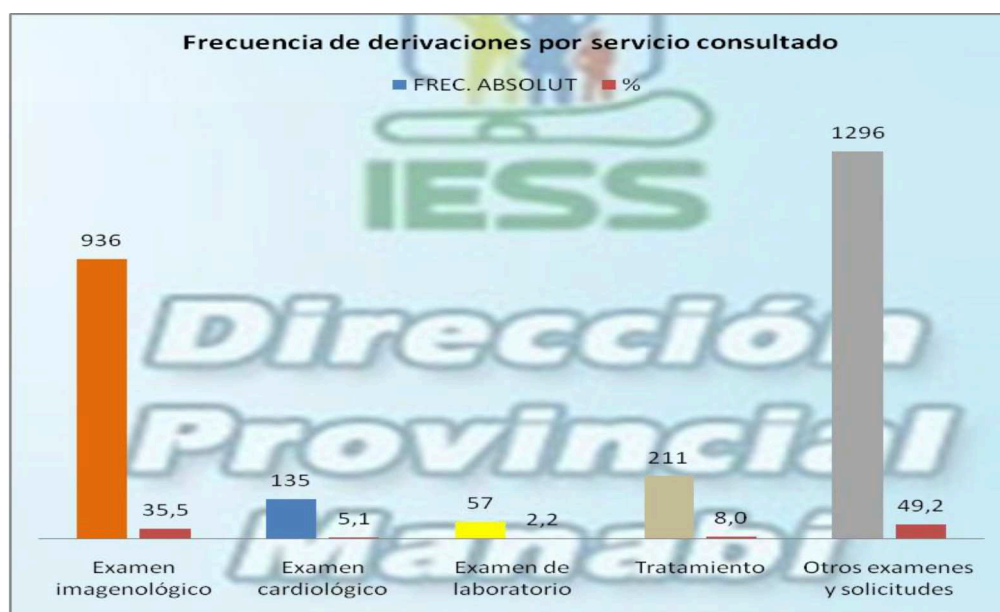
Se evidenciaron 2635 casos de derivaciones del IESS para prestaciones de servicios médicos a otras provincias en el período de Junio 2012 a Marzo del 2013, siendo el sexo más frecuente el femenino con 1380 casos (52,4%), y el masculino con 1255 casos (47,6%).

Esto nos indica que las patologías más frecuentes encontradas en la consultas de derivación afectan al sexo femenino entre las que cabe destacar problemas ginecológicos, de artropatías, lesiones óseas, entre otras.

CUADRO N. 2 DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DEL ESTUDIO DE DERIVACIONES DEL IESS A OTRAS PROVINCIAS POR SERVICIO CONSULTADO

ORDEN	SERVICIO CONSULTADO	#	%
A	Examen imagenológico	936	35,5
B	Examen cardiológico	135	5,1
C	Examen de laboratorio	57	2,2
D	Tratamiento	211	8,0
E	Otros exámenes y solicitudes	1296	49,2
TOTAL		2635	100,0

PRESENTACION GRÁFICA PORCENTUAL



Fuente: Departamento de provincial del seguro de salud individual y familiar-Manabí
Elaborado por: Autoras Manta-Manabí-Ecuador.

ANÁLISIS

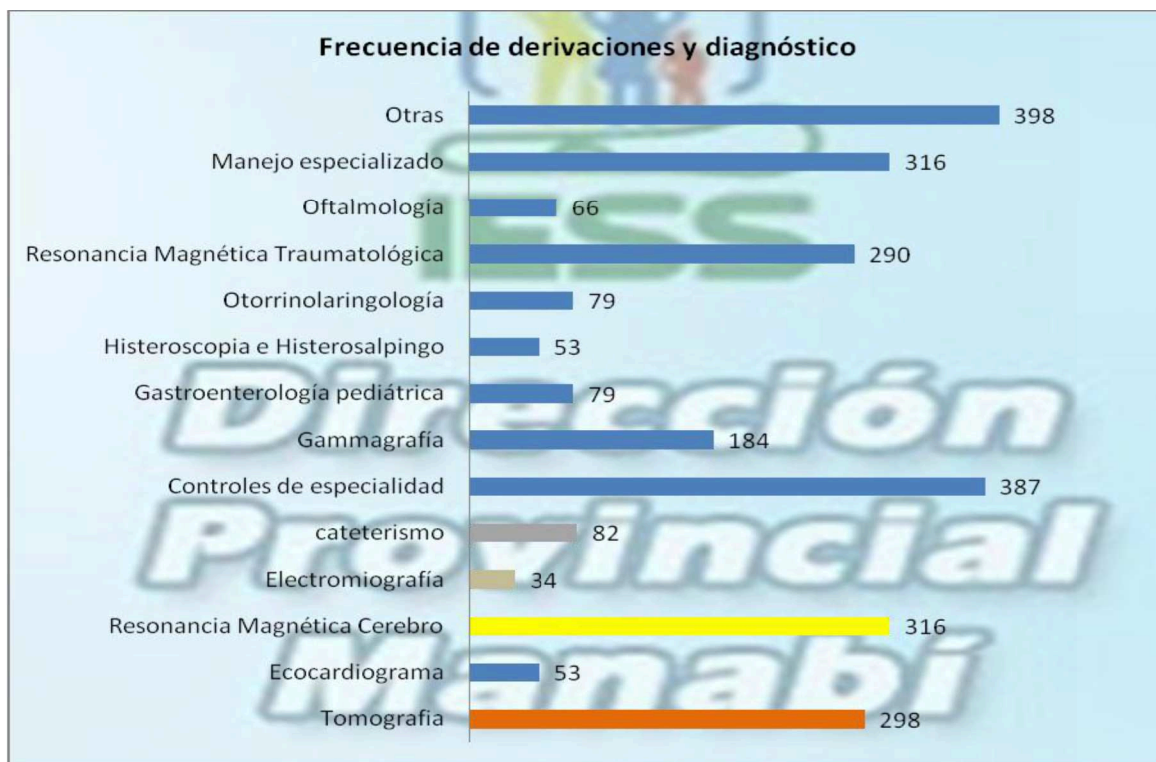
Se evidenciaron 2635 casos de derivaciones del IESS para prestaciones de servicios médicos a otras provincias en el período de Junio 2012 a Marzo del 2013, siendo el Examen con mayor frecuencia consultado el **de varios** con 1296 (49,2%), seguido del imagenológicos 936 (35,5%). Dentro del grupo de varios se

encuentran consultas a pediatría, oftalmología, otorrinolaringología, otros procedimientos diagnósticos como exámenes especiales hematológicos, pruebas genéticas, pruebas correlacionadas con lesiones pulmonares (fibrosis quística TEST DE SUDOR) entre las más frecuentes.

CUADRO N. 3 DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DEL ESTUDIO DE DERIVACIONES DEL IESS A OTRAS PROVINCIAS POR PRESTACIÓN REALIZADA

ORDEN	Prestación realizada	#	%
A	Tomografía	298	11,3
B	Ecocardiograma	53	2,0
C	Resonancia Magnética Cerebro	316	12,0
D	Electromiografía	34	1,3
E	cateterismo	82	3,1
F	Controles de especialidad	387	14,7
G	Gammagrafía	184	7,0
H	Gastroenterología pediátrica	79	3,0
I	Histeroscopia e Histerosalpingo	53	2,0
J	Otorrinolaringología	79	3,0
K	Resonancia Magnética Traumatológica	290	11,0
L	Oftalmología	66	2,5
M	Manejo especializado	316	12,0
Ñ	Otras	398	15,1
TOTAL		2635	100,0

PRESENTACION GRÁFICA PORCENTUAL



Fuente: Departamento de provincial del seguro de salud individual y familiar-Manabí
Elaborado por: Autoras Manta-Manabí-Ecuador.

ANÁLISIS

Se puede observar que la suma de las 3 prestaciones más frecuentes son: Tomografía 300 (11,3%), Resonancia Magnética Cerebro 318 (2,0%), Resonancia Magnética Traumatológica 292 (11%), entre estas suman 936 derivaciones, seguida de controles de especialidad con 390 prestaciones (14,7%).

Al reconocer la necesidad que tiene la provincia de contar con equipos de alta tecnología y desarrollo de avanzada, tal como un resonador de imágenes, un equipo para realizar gammagrafía ósea, equipos de electromiografía, gabinetes para realizar intervencionismo hemodinámico (cateterismo), y otras pruebas especiales, es necesario poder satisfacer la demanda del usuario o cliente y determinar mediante un análisis de oferta y demanda la cantidad de talento humano y equipos necesarios para satisfacer la demanda interna de la provincia en materia de servicios médicos.

CUADRO N. 4 DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DEL ESTUDIO DE DERIVACIONES DEL IESS A OTRAS PROVINCIAS POR DESTINO

ORDEN	DESTINO	#	%
A	SSIF GUAYAS	2635	100,0
B	SSIF PICHINCHA	0	0,0
C	OTROS SSIF	0	0,0
	TOTAL	2635	100,0

PRESENTACION GRÁFICA PORCENTUAL



Fuente: Departamento de provincial del seguro de salud individual y familiar-Manabí
Elaborado por: Autoras Manta-Manabí-Ecuador.

ANÁLISIS

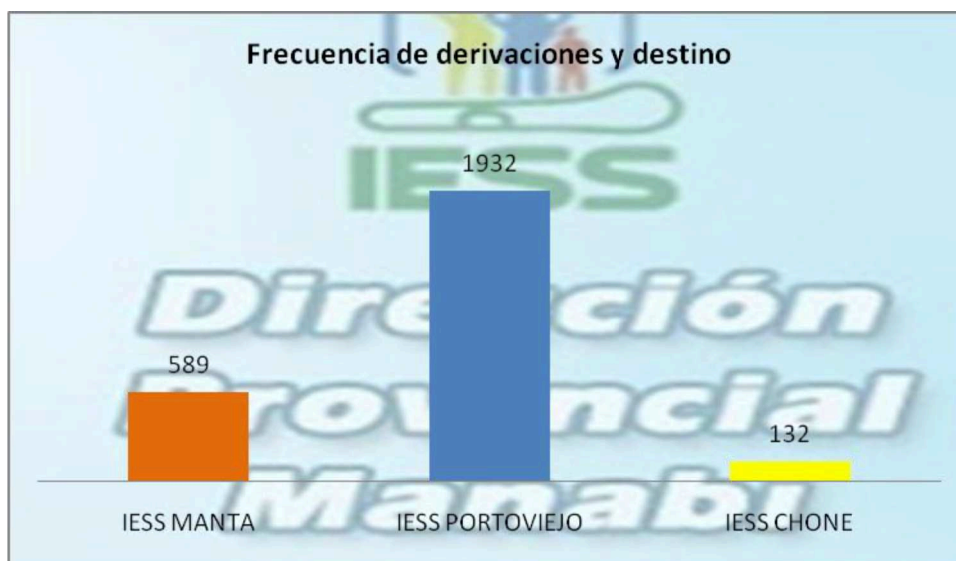
Se evidenciaron 2635 casos de derivaciones del IESS para prestaciones de servicios médicos a otras provincias en el período de Junio 2012 a Marzo del 2013, la mayor frecuencia de destino fue SSIF Guayas con el 100%.

Uno de los aspectos más relevantes para el envío de los pacientes a través de derivaciones es justamente la logística de tiempo, distancia y equipamiento que se pueda tener para resolver esta demanda y es justamente la provincia de Guayas la más cercana a nuestra capital (Portoviejo), de aquí lo conveniente de esta derivación.

CUADRO N. 5 DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DEL ESTUDIO DE DERIVACIONES DEL IESS A OTRAS PROVINCIAS POR REFERENCIA DE ORIGEN

ORDEN	REFERENCIA ORIGEN	#	%
A	IESS MANTA	589	22,2
B	IESS PORTOVIEJO	1932	72,8
C	IESS CHONE	132	5,0
	TOTAL	2653	100,0

PRESENTACION GRÁFICA PORCENTUAL



Fuente: Departamento de provincial del seguro de salud individual y familiar-Manabí
Elaborado por: Autoras Manta-Manabí-Ecuador.

ANÁLISIS

Se evidenciaron 2635 casos de derivaciones del IESS de las cuales 1932 (72,8% derivaron de Portoviejo, seguido de Manta 589 (22,2%), Chone 132(5%).

CONCLUSIONES

Se evidenciaron 2635 casos de derivaciones del IESS para prestaciones de servicios médicos a otras provincias en el período de Junio 2012 a Marzo del 2013,

El sexo más frecuente fue el femenino con 1380 casos (52,4%).

El Examen con mayor frecuencia consultado fue el de **varios** con 1296 (49,2%), en los que se encuentran consultas a pediatría, oftalmología, otorrinolaringología, otros procedimientos diagnósticos como exámenes especiales hematológicos, pruebas genéticas, pruebas correlacionadas con lesiones pulmonares (fibrosis quística TEST DE SUDOR) entre las más frecuentes.

Las prestaciones más frecuentes son: Tomografía 300 (11,3%), Resonancia Magnética Cerebro 318 (2,0%), Resonancia Magnética Traumatológica 292 (11%).

La mayor frecuencia de destino fue (SSIFG) Seguro de salud individual y familiar del Guayas con el 100%.

Los orígenes de las derivaciones del IESS fueron: 1932 (72,8%) derivaron de Portoviejo, seguido de Manta 589 (22,2%), Chone 132(5%).

RECOMENDACIONES

Formación de una base de datos de derivaciones, en la que consten: nombre, edad, sexo, lugar de derivación, destino y los datos consignados en la propuesta.

Realizar el respectivo seguimiento a las derivaciones y su resolución

Una vez identificadas cuáles son las derivaciones más importantes, entregar a las autoridades competentes para que gestionen la compra de un resonador magnético nuclear, un gama-cámara, adecuar una sala para cateterismo, y lo más importante capacitar al personal médico y de enfermería para nuevas áreas de medicina intervencionista.

Implementar una unidad de control de derivaciones que mantenga un reporte de las mismas y que realice estudios de corte técnico administrativo por lo menos una vez al año, para ver las necesidades de los afiliados evidenciada en el número de derivaciones realizadas.

Se recomienda para la verificación de la derivación Externa, la aplicación de los registros de derivación, basada en procesos que deben ser analizados en cada área involucrada, para que estas puedan encaminarse de una manera eficiente hacia el éxito y bienestar del objetivo transferible (salud del paciente).

Enfocarse en el objetivo a ser cumplido para acelerar los procesos de resolución de la patología para así lograr el resultado deseado dependiendo de lo requerido por la Unidad derivadora de Manabí, ya que ella es la principal responsable de la salud del afiliado.

Se recomienda que dado el volumen de derivaciones que se analizó, este proceso se organice en un departamento o área destinada al mismo para agilizar el trámite a los mismos sin tener inconvenientes ni pérdidas de tiempo innecesarias, para mejorar la calidad del Servicio hacia los

PROPUESTA DE PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES PARA SER ATENDIDOS EN UN SERVICIO O UNIDAD DE REFERENCIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

INTRODUCCIÓN

No obstante, con el fin de facilitar la atención de los pacientes que requieran ser

atendidos en un nivel de alta especialidad o contar con un servicio especializado, es necesario concretar diferentes aspectos relacionados con la derivación de los pacientes. Por todo ello, la designación de centros, servicios y unidades de referencia del IESS de Manabí acuerda el siguiente procedimiento de derivación:

DESARROLLO DE LA PROPUESTA

Es necesario documentar por escrito el proceso de derivación del paciente de tal manera que se puede incluir dos grandes parámetros:

A. ASISTENCIA EN UNIDADES ESPECIALIZADAS DEL IESS:

Aquellos pacientes que hubieran de ser derivados para ser atendidos por una de las patologías o a los que hubiera que realizarles alguno de los procedimientos acordados por Médico Tratante del IESS.

La atención se realizará en los Centros acordados por el IESS como de referencia del SISTEMA DE DERIVACIÓN DEL IESS y designados a tal efecto por el Área.

En los casos de urgencia, por ejemplo, caso de quemados o transplante, se coordinará el traslado al UNIDAD DE DESTINO DE DERIVACIÓN DEL IESS por una vía rápida (teléfono, correo electrónico...) y en el plazo máximo de una semana desde que ocurrió la urgencia se hará efectiva la derivación.

LA UNIDAD DE DESTINO DE DERIVACIÓN DEL IESS, en caso de que se produzca alguna modificación de los criterios en función de los cuales se le designó de referencia, deberá comunicarlo a la mayor brevedad

Cuando por circunstancias excepcionales LA UNIDAD DE DESTINO DE DERIVACIÓN DEL IESS no pueda atender a/los paciente/s (por ejemplo, por problemas graves en las instalaciones, incendio...), se deberá poner inmediatamente en conocimiento del/los Centros que le solicitaron la asistencia y comunicarlo señalando el tiempo previsible en que durará la incidencia.

Mantener Registro de los pacientes que atienden como centro de referencia. Este registro deberá incluir para cada patología o procedimiento los ítems fijados en los criterios de designación correspondientes.

Derivación de Pacientes para la Atención en una Unidad de Destino de Derivación del IESS: Comprende las siguientes etapas:

B. SOLICITUD DE ASISTENCIA A UNA UNIDAD DE DESTINO DE DERIVACIÓN DEL IESS:

La solicitud se dirigirá solamente a una UNIDAD DE DESTINO DE DERIVACIÓN DEL IESS y no a varios centros a la vez. En el caso de que por circunstancias excepcionales debidamente justificadas no fuera admitida la solicitud por el centro solicitado, éste lo comunicará a la fuente de origen que remite el paciente y ésta reiniciará el proceso de solicitud a un segundo centro.

La solicitud de asistencia comprenderá los datos correspondientes a:

Datos del paciente:

Datos de identificación y residencia del paciente.

Datos de identificación del Centro solicitante:

Datos del Centro.

Datos del Servicio o Unidad que solicita la asistencia.

Datos identificativos del facultativo responsable de la atención del paciente.

Todo esto, con el fin de facilitar la comunicación directa entre los facultativos responsables del paciente del centro solicitante y del UNIDAD DE DESTINO DE DERIVACIÓN DEL IESS.

Datos del UNIDAD DE DESTINO DE DERIVACIÓN DEL IESS al que se le solicita la asistencia:

Datos identificativos del UNIDAD DE DESTINO DE DERIVACIÓN DEL IESS.

Sólo se puede solicitar la asistencia a aquellos centros, servicios o unidades que haya sido acordada su designación como de referencia por el Departamento de salud individual y familiar del IESS Manabí.

Informe clínico del paciente que deberá incluir:

Breve resumen de la historia clínica del paciente relacionada con el motivo de la derivación, recogiendo la razón clínica por la que se solicita la derivación del paciente.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados relacionados con el motivo de la derivación.

Otros datos que se considere oportuno reseñar.

Asistencia solicitada:

Diagnóstico principal por el que se deriva al paciente.

Patología, técnica, tecnología o procedimiento para el que se solicita la asistencia a la UNIDAD DE DESTINO DE DERIVACIÓN DEL IEISS que deberá estar entre los acordados por el Departamento.

Aceptación de la solicitud por la UNIDAD DE DESTINO DE DERIVACIÓN DEL IEISS solicitado:

Con el fin de demorar al mínimo la atención a los pacientes y garantizar la continuidad de la asistencia, la UNIDAD DE DESTINO DE DERIVACIÓN DEL IEISS deberá informar la aceptación y citación del paciente en el plazo máximo de 15 días desde que recibió la solicitud de asistencia. Para ello, el Centro solicitado deberá cumplimentar la siguiente información:

Citación del paciente:

Una vez recibida la propuesta de asistencia, la UNIDAD DE DESTINO DE DERIVACIÓN DEL IEISS deberá aceptar la misma y realizar la citación del paciente. En el caso de que, por causas excepcionales, no se aceptara la asistencia se deberán justificar expresamente los motivos de la denegación.

La citación comprenderá los siguientes datos:

Datos identificativos del Centro que envió.

Servicio o Unidad clínica que atenderá al paciente.

Lugar, fecha y hora de la citación.

Preparación del paciente: Es muy importante que se recojan claramente las condiciones de cómo debe ir preparado el paciente (ayunas, etc.), así como que se indiquen las pruebas que se debe realizar previamente a acudir a la UNIDAD DE DESTINO DE DERIVACIÓN DEL IEISS y otros documentos clínicos que deba aportar.

Atención del paciente en la UNIDAD DE DESTINO DE DERIVACIÓN DEL IESS

El centro que ha solicitado la asistencia, una vez obtenida la aceptación del UNIDAD DE DESTINO DE DERIVACIÓN DEL IESS solicitado, facilitará al usuario un ejemplar de la citación que proporciona el SIFCO.

El paciente acudirá al UNIDAD DE DESTINO DE DERIVACIÓN DEL IESS acompañado de los siguientes documentos:

Referencia a la UNIDAD DE DESTINO DE DERIVACIÓN DEL IESS correspondiente.

Tarjeta Historia clínica.

Cédula de ciudadanía.

Resultados de las pruebas que se ha realizado previamente a acudir a la **UNIDAD DE DESTINO DE DERIVACIÓN DEL IESS**

Otros documentos, que se le hayan solicitado a través de la citación.

Asistencia realizada:

El centro que realiza la asistencia deberá incorporar en un registro, al ser dado de alta el paciente, los datos relativos a la asistencia realizada y en concreto, se indicará:

Datos del paciente:

Datos de identificación y residencia del paciente.

Datos del UNIDAD DE DESTINO DE DERIVACIÓN DEL IESS donde se ha atendido al paciente:

Nombre del centro.

Servicio y Unidad clínica.

Datos de identificación del facultativo responsable de la atención.

Tipo de asistencia realizada:

La patología atendida o el procedimiento realizado

El diagnóstico principal y diagnósticos secundarios

Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos principales y secundarios

Informe clínico al alta: Incluirá un breve resumen de la asistencia realizada al paciente, de los resultados de las pruebas diagnósticas y terapéuticas realizadas y del tratamiento y las recomendaciones que debe seguir en su Unidad de origen.

Se indicarán **las revisiones** (si fuera necesario) y en qué plazos deben realizarse.

Asimismo recogerá en el Registro de pacientes, la información correspondiente que se incluye en las fichas de criterios aprobadas para cada una de las patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos. (Si existiesen).

3.1.5 CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO
Planificación	X									
Elaboración del Proyecto	X									
Aprobación del proyecto	X	X								
PRIMERA REUNIÓN TRIBUNAL DE TESIS Revisión del proyecto Elaboración de instrumento Elaboración del marco teórico			X							
SEGUNDA REUNIÓN TRIBUNAL DE TESIS Elaboración del índice de contenidos				X	X					
Revisión bibliográfica final				X	X	X	X	X		
TERCERA REUNIÓN CON TRIBUNAL EJECUCIÓN Aplicación de instrumento Recolección de datos							X			
CUARTA REUNIÓN TRIBUNAL DE TESIS Análisis de datos Tabulación de datos							X			
QUINTA REUNIÓN TRIBUNAL DE TESIS Elaboración de informe final							X			
SEXTA REUNIÓN TRIBUNAL DE TESIS Revisión de informe final Elaboración final de tesis Presentación de la tesis								X	X	X

Fuente: Tesis de derivaciones del IESS

Elaborado por: Autoras

3.1.6. PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL DÓLARES
Recursos Humanos			
Pregradistas de la escuela de medicina	2	0	0
Universo de la población de pacientes con derivación	1120	0	0
Miembros del tribunal de tesis	3	0	0
Equipo de Salud del IESS	2	0	0
Recursos Materiales			
Compra de CD	12	0,8	9,6
Impresión de Trabajo	12	1	12
Papel bond	10	7	70
Esferográficos	6	1	6
Internet	24	1,5	36
Revistas	10	1	10
Libros	3	40	120
Gastos varios	12	60	720
Movilización	15	6	90
Refrigerios	12	10	120
PENDRIVE	3	40	120
Imprevistos (envíos, seguimientos)			65,68
TOTAL			\$ 1.379,28

Fuente: Tesis de derivaciones del IESS

Elaborado por: Autoras

BIBLIOGRAFIA

- 1. Convenio Marco Interinstitucional entre el MSP y varios ministerios del Ecuador. Quito Abril 2012.**
- 2. www.iesgob.ec**
- 3. Dirección general del Seguro general de salud individual y familiar del Ecuador 2011.**
- 4. Reglamento Seguro General Riesgo del Trabajo (Vigente desde Diciembre 2011).marzo 5, 2012**
- 5. QUIZHPE. A.M. 2011. Valoración del proceso de prestación externa de La subdirección de salud I.E.S.S. de quito, provincia Pichincha. pág.22**
- 6. INSTRUCTIVO 001-2012. Para la viabilidad de la atención en salud en unidades de la red pública integral de salud y en la red privada (complementaria) de prestadores de servicios de salud**
- 7. MANUAL DE DERIVACIONES DE PRESTADORES EXTERNOS DEL IESS**
- 8. CODIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL AS ENFERMEDADES CIE-10**

ANEXOS

ANEXO N. 1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	ESCALA	UNIDAD DE MEDICION	DEFINICIÓN OPERACIONAL
SERVICIO SOLICITADO	CUALITATIVA NOMINAL	Examen imagenológico	Aquella circunstancia por la que el profesional médico deriva a otra instancia de salud al paciente
		Examen cardiológico	
		Examen de laboratorio	
		Tratamiento	
		Otros exámenes	
Prestación realizada	CUALITATIVA NOMINAL	Tomografía	Característica atribuida a la disposición final del profesional médico que deriva al paciente y que es el motivo final de interconsulta
		Ecocardiograma	
		Resonancia Magnética	
		Electromiografía	
		cateterismo	
		Controles de especialidad	
		Gammagrafía	
		Gastroenterología pediátrica	
		Histeroscopia e Histerosalpingo	
		Otorrinolaringología	
		Traumatología	
		Oftalmología	
Manejo especializado			
DIAGNOSTICO CIE-10	CUALITATIVA NOMINAL	R90 Hallazgos anormales en diagnostico por imagen del sistema nervioso central	Enfermedad con codificación internacional
		R93 Hallazgos anormales en diagnostico por imagen de otras estructuras del cuerpo	
		R94 Resultados anormales de estudios funcionales	
		M25 Otros trastornos articulares, no clasificados en otra parte	
		I52 Otros trastornos cardiacos en enfermedades clasificadas en otra parte	
		I68 Trastornos cerebrovasculares en enfermedades clasificadas en otra parte	
		Otros exámenes e interconsultas especializadas	
ORIGEN DE LA DERIVACIÓN	CUALITATIVA NOMINAL	IESS MANTA	Derivaciones a través de oficio de la autoridad competente de origen
		IESS PORTOVIEJO	
		IESS CHONE	
		OTROS	
DESTINO DE LA DERIVACIÓN	CUALITATIVA NOMINAL	SSIF GUAYAS	Destino final de la derivación o transferencia del paciente
		SSIF PICHINCHA	
		SSIF OTROS	

ANEXO N. 2 UNIVERSIDAD FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE ESTUDIO DE DERIVACIONES DEL IESS



SERVICIO CONSULTADO

- Examen imagenológico ()
- Examen cardiológico ()
- Examen de laboratorio ()
- Tratamiento ()
- Otros exámenes ()

Prestación realizada

- Tomografía ()
- Ecocardiograma ()
- Resonancia Magnética ()
- Electromiografía ()
- cateterismo ()
- Controles de especialidad ()
- Gammagrafía ()
- Gastroenterología pediátrica ()
- Histeroscopia e Histerosalpingo ()
- Otorrinolaringología ()
- Traumatología ()
- Oftalmología ()
- Manejo especializado ()

DIAGNOSTICO CIE-10

- R90 Hallazgos anormales en diagnostico por imagen del sistema nervioso central ()
- R93 Hallazgos anormales en diagnostico por imagen de otras estructuras del cuerpo ()
- R94 Resultados anormales de estudios funcionales ()
- M25 Otros trastornos articulares, no clasificados en otra parte ()
- I52 Otros trastornos cardiacos en enfermedades clasificadas en otra parte ()
- I68 Trastornos cerebrovasculares en enfermedades clasificadas en otra parte ()
- Otros exámenes e interconsultas especializadas ()

ORIGEN DE LA DERIVACIÓN

IESS MANTA	()
IESS PORTOVIEJO	()
IESS CHONE	()
OTROS	()

DESTINO DE LA DERIVACIÓN

SSIF GUAYAS	()
SSIF PICHINCHA	()
SSIF OTROS	()

CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL
De acuerdo a la fórmula de MUNCH Y ANGELES

$$n = [Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N] / [N \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot q]$$

N = Universo

Z = nivel de significación 1,96

p = proporción de la muestra conocida 0,5 = 50%

q = proporción de la muestra desconocida 0,5 = 50%

N = 1120

Z = 1,96

p = 0,5

q = 0,5

e = 0,05

n = 286

N = 1120

Z = 1,96

p = 0,5

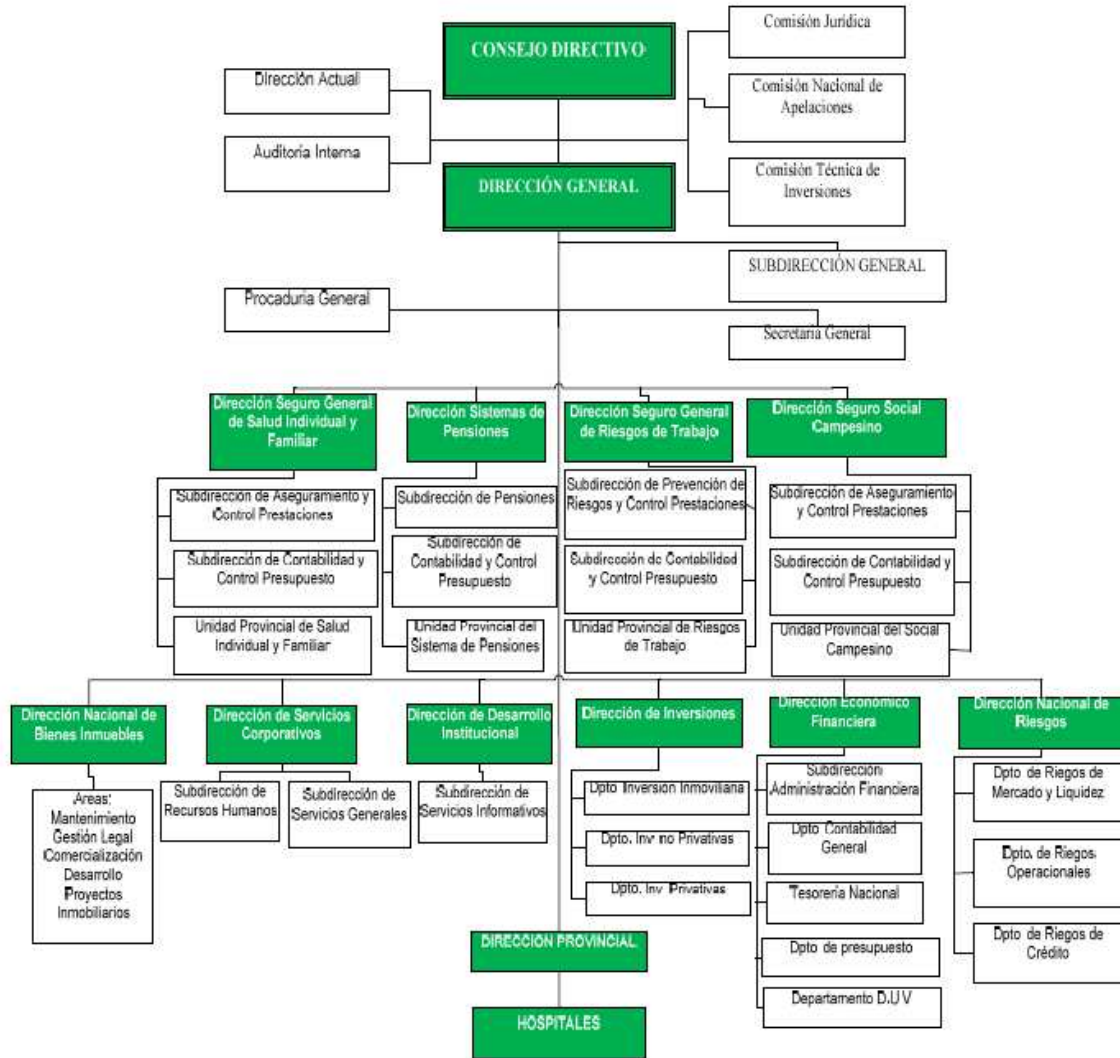
q = 0,5

e = 0,05

Siendo el Universo de aproximadamente 1120, derivaciones registradas en ese período, se deberá tomar 286 afiliados que será el tamaño muestral ideal a escoger para que los resultados sean significativos, con un nivel de significación estadística del 95% de confiabilidad y 5% de error.

ANEXO

ORGANIGRAMA DEL IESS



¹QUIZHPE. A.M. 2011. Valoración del proceso de prestación externa de La subdirección de salud I.E.S.S. de quito, provincia Pichincha. pág.22

ANEXOS FOTOS



FOTO N.1 Área de estadística del Hospital del IESS de Portoviejo – Manabí



FOTO N. 2 Transportando un paciente desde el Hospital del IESS de Portoviejo – Manabí, hacia SSGI Guayas



FOTO N. 3 Dr. Milton Espinoza realizando observaciones a la tesista sobre el proceso de derivación del Hospital del IESS de Portoviejo – Manabí



FOTO N. 4 Autoras de la tesis observando en físico los componentes del proceso de derivación del Hospital del IESS de Portoviejo – Manabí



FOTO N. 5 Pacientes del proceso de derivación del Hospital del IESS de Portoviejo – Manabí